

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RECHERCHES PSYCHO-SOCIOLOGIQUES SUR LES MALADES MENTALES D'UN SERVICE LIBRE

PAR

MM. J. DELAY, J. MAISONNEUVE, PH. BENDA et P. PICHOT

Cette étude comporte deux objectifs :

l'un, d'ordre psycho-sociologique, assez général, consiste à examiner certaines caractéristiques de malades mentaux en fonction du trouble pathologique et par rapport à des populations supposées normales ;

l'autre, plus restreint, concerne la sociabilité des malades, tant dans leur vie quotidienne extra-hospitalière que pendant leur séjour à l'hôpital.

Nous avons utilisé essentiellement des techniques d'entretien en profondeur et certains questionnaires dont nous préciserons plus loin le protocole. L'observation des conduites socio-affectives, qui entraînait préalablement dans notre projet, n'a pu être menée à bien, car elle aurait exigé un supplément de personnel dont nous n'avons pu disposer.

Les entretiens, d'une durée d'une heure environ pour chaque cas, ont lieu une semaine après l'arrivée des malades dans le service ; autant que possible avant l'institution de toute thérapeutique active, et dans la mesure où un contact suffisant peut être établi. On s'efforce d'obtenir toutes les informations désirées, en utilisant le plus souvent possible les allusions spontanées des sujets à leur situation familiale et à leurs problèmes personnels (1).

Ces informations peuvent se répartir, en gros, en données objectives contrôlables et en données psychologiques visant les sentiments et attitudes du sujet en face de sa situation. Les réponses des malades sont confrontées avec le témoignage de la famille, les résultats de certaines enquêtes sociales et, d'autre part, avec l'observation clinique psychiatrique.

L'analyse du contenu de ces entretiens et de ces confrontations permet d'établir, pour chaque cas, un dossier systématique, intégrant les rubriques suivantes :

- situation de famille et origine familiale ;
- situation socio-professionnelle ;
- niveau d'éducation ;
- niveau d'âge ;
- conditions objectives dans lesquelles le sujet a été élevé ;
- réactions subjectives à ces conditions et à l'attitude des parents ;
- sexualité.

La sociabilité actuelle des malades est étudiée plus spécialement en combinant l'entretien et un questionnaire sociométrique, afin de préciser :

- les relations électives du sujet au sein de sa famille ;
- les amitiés liées par lui en dehors de sa famille ;
- les préférences pour certaines compagnes du service hospitalier.

A l'aide de ces données, on espère opérer des sélections et des regroupements de traits, pour tenter notamment certaines analyses hiérarchiques ; on peut réunir, par exemple, les « handicaps » biologiques, les carences d'élevage ou les problèmes sexuels graves.

Bien que toutes les données aient été systématiquement répar-

(1) Nous tenons à remercier Mme Enriquez pour la collaboration technique qu'elle nous a apportée dans cette étude.

ties en fonction du diagnostic clinique, nous nous bornerons à présenter les quelques résultats qui nous ont paru réellement significatifs. Les 80 sujets, de sexe féminin, se répartissent ainsi :

Psychoses (délires chroniques et schizophrénies)	24
Psychoses maniaco-dépressives (dont trois en phase maniaque, une en phase mélancolique)	4
Névroses (névroses d'angoisse, phobiques, hystériques, névroses obsessionnelles)	29
Dépansions (essentiellement mélancolies d'involution)	10
Caractères psychopathiques (déséquilibres)	13

Compte tenu du caractère quelque peu schématique et artificiel de cette classification, on notera que nous disposons actuellement de quelques mois de recul — ce qui nous a permis de maintenir ou de rectifier quelques diagnostics douteux en fonction de leur évolution.

Par ailleurs, nous avons évité dans la mesure du possible tout triage parmi les entrantes du Service libre de la Clinique. On remarquera toutefois que certains groupes nosologiques ne sont pas représentés (les démences, par exemple, qui n'auraient pu se prêter à un questionnaire valable) et que d'autres groupes sont numériquement faibles : psychoses maniaco-dépressives. Cela tient à l'agitation ou à l'inhibition des sujets à leur entrée et au fait que les thérapeutiques instituées (sismothérapie, neuroleptiques à fortes doses) ont rendu parfois incertaine l'interprétation des tests.

Nous n'avons pas distingué de sous-groupes dans la classe des psychoses, qui comprend surtout, et en nombre égal, des psychoses hallucinatoires chroniques et des schizophrénies (1). Parmi les dépressions, nous avons rangé les mélancolies d'involution et deux cas de psychasthénie avec dépression en partie réactionnelle.

Enfin, il faut tenir compte de la réticence du sujet, variable selon le trouble pathologique et aussi selon le type de question posée.

Il reste à décrire quelques particularités tenant à l'organisation matérielle du service, d'une capacité de 28 lits. Il s'y fait en moyenne vingt entrées par mois, soit une durée d'hospitalisation

(1) Les résultats ultérieurement exposés justifient cet amalgame puisque nous n'avons trouvé nulle part de différence significative entre ces deux sous-groupes.

moyenne égale à 40 jours. Les malades sont réparties en chambres de 1, 2 ou 3 lits. Les communications sont beaucoup plus libres dans l'après-midi, entre les malades qui peuvent se réunir dans leurs chambres, au jardin ou dans les locaux d'ergothérapie ; les matinées sont, au contraire, marquées par les servitudes liées aux soins, aux examens cliniques et paracliniques, à la présence du personnel médical.

Caractéristiques sociales de la population

Il est intéressant, au point de vue sociologique, de faire une comparaison entre l'ensemble des femmes hospitalisées au service libre de la Clinique, pendant une période de six mois, et une population de même nombre, contactée au hasard dans différents services d'un hôpital général de l'Assistance publique (Hôpital Cochin).

La population hospitalière étudiée à l'Hôpital Cochin paraît être la plus voisine possible de la normale : au point de vue sociologique, elle se compose surtout d'accidentés ou de sujets ayant dû subir une intervention chirurgicale d'urgence, qui n'ont pu ainsi choisir le lieu de leur hospitalisation ; au point de vue psychologique, ces sujets ne sont pas gravement traumatisés et ne font qu'un bref séjour à l'hôpital.

On ne constate, entre les deux populations, aucune différence appréciable quant au niveau d'âge, à la proportion de célibataires et de mariées, au nombre d'enfants, à la proportion de femmes travaillant ou ayant autrefois travaillé ; de même pour le niveau d'instruction, pour le niveau économique, pour les conditions de logement, on note une grande analogie.

Il apparaît toutefois une proportion supérieure de femmes de milieu ouvrier à la Clinique (Hôpital Sainte-Anne), tandis que la proportion des femmes ayant elles-mêmes — ou dont les maris ont — un statut d'employé ou de cadre est un peu supérieure à l'Hôpital Cochin ; cela apparaît également pour l'origine familiale.

Quant aux perturbations familiales, on ne relève pas chez les malades de la Clinique un nombre sensiblement plus grand d'orphelins (de père, de mère ou des deux parents), de parents divorcés ou remariés pendant l'enfance du sujet, ou d'enfants de deux lits présents au foyer. Ce n'est qu'au niveau de ce qu'on peut considérer comme des *handicaps biologiques* ou sociaux qu'un écart important apparaît entre les deux populations : on relève

en effet à la Clinique 25 % de cas d'hérédité mentale contre 3 % seulement à l'Hôpital Cochin, cette différence étant significative à P.02. Les cas d'alcoolisme chronique chez un parent s'élèvent à 18 % (dont 6 % où hérédité et alcoolisme se conjuguent) contre 7 %. Enfin, la proportion de sujets ayant au moins un parent étranger ou naturalisé est de 20 % contre 7 %.

On peut donc estimer que, hormis ces derniers points, nos deux échantillons de populations restent suffisamment voisins pour permettre des comparaisons valables. Lorsque nous examinons notamment l'associativité des sujets, toute différence significative apparue entre les deux groupes pourra être interprétée essentiellement en fonction de la variable psychopathologique et des handicaps qui lui paraissent liés. A cet égard, il importe de souligner que le groupe des malades mentaux se différencie davantage d'une population hospitalière normale par la fréquence d'une hérédité mentale que par celle des perturbations familiales.

I. — CARACTÉRISTIQUES PSYCHO-SOCIALES ET TYPES PATHOLOGIQUES

On pourrait se demander si certains types pathologiques ne sont pas liés à tel caractère ou tel groupe de caractères psychosociologiques : par exemple, si les névroses apparaissent plus fréquemment dans telle couche socio-économique, telle zone d'âge ou telle constellation familiale. La portée de ce genre de recherche est ici compromise par la faiblesse numérique de nos échantillons morbides, dont les plus nombreux se réduisent à 29 névrotiques et 24 psychotiques ; les calculs, faits à titre purement indicatif, ne révèlent en tout cas dans notre population aucune différence significative.

Il paraît méthodologiquement plus légitime de référer la diversité des affections mentales, non à une série discrète de caractéristiques, mais à un ensemble de facteurs conjugués. Le nombre des facteurs étant lui-même élevé et beaucoup d'entre eux présentant une analogie au niveau de leur nature et de leur signification psycho-sociale, on peut tenter de les grouper en classes, correspondant à des types fondamentaux d'anomalies. Or, la technique d'analyse hiérarchique imaginée par Guttman répond précisément à ces préoccupations. Le travail a consisté en deux étapes :

D'abord, on s'est attaché à dégager, à partir du contenu des

entretiens et informations de toutes sortes, un certain nombre de rubriques générales, correspondant aux principales catégories d'handicaps et de carences.

A) *Handicaps biologiques*. — Parent malade mental. Parent alcoolique chronique. Déficience organique congénitale.

B) *Handicaps sociaux*. — Transplantations radicales et multiples au cours de l'enfance. Détresse économique prolongée. Parents étrangers non naturalisés. Forte disparité de classe sociale entre les parents.

C) *Anomalies objectives d'élevage*. — Elevé sans présence de père. Elevé sans présence de mère. Elevé avec présence d'un parâtre. Elevé avec présence d'une marâtre. Elevé entièrement par grands-parents. Elevé entièrement par nourrice. Elevé entièrement en internat.

D) *Carence subjective d'élevage*. — Sentiment de frustration affective liée à l'attitude d'un ou des deux parents. Sentiment de couvaision et de dépendance. Attitude des parents ressentie péniblement comme dissymétrique.

E) *Expérience affective traumatique* (au cours de l'enfance et de l'adolescence). — Sentiment aigu d'abandon. Chocs émotifs variés (subir une tentative de viol, être témoin de scènes de violence, être séparé brutalement de ses parents, apprendre tard qu'on est « enfant naturel »).

F) *Carence ou troubles sexuels*. — Frigidité. Refus des rapports. Perversions, sexualité marginale. Virginité après 30 ans.

G) *Conflits privés actuels*. — Mésentente violente et continue avec parents, beaux-parents, mari ou enfants, vivant sous le même toit.

H) *Isolement social*. — Absence de liens d'intimité, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la famille.

Dès lors, chaque sujet étant affecté d'un signe + ou — selon qu'il entre ou non dans ces diverses catégories, l'étape suivante consiste à rechercher l'existence éventuelle d'une hiérarchie par la technique du scalogramme de Guttman.

Cinq des huit catégories précédentes sont scalables (A, B, E, D, F). Seul, l'abandon de la rubrique « isolement social » s'avère regrettable, car celles concernant les carences subjectives d'élevage et les conflits actuels sont les plus incertaines, et le seuil de discrimination, déjà délicat pour des sujets réputés normaux, le devient plus encore pour une population pathologique.

L'espérance la plus séduisante était évidemment de voir apparaître certaines concentrations de sujets souffrant de la même

affection mentale au niveau des différents types d'échelles, ou, tout au moins, aux extrémités. En fait, l'examen du tableau A révèle :

TABLEAU A

TYPES	DIAGNOSTIC					TOTAL	CAS PURS	AUTRES CAS
	Psychoses	Névroses	Dépres-sions	Déséqui-libre	Maniaco-dépressifs			
I. (5 anomalies)..	9	1	2	9	1	22	11	11
II. (4 anomalies)..	5	7	1	3	0	16	12	4
III. (3 anomalies)..	3	3	1	1	2	10	3	7
IV. (2 anomalies)..	4	4	1	0	0	9	8	1
V. (1 anomalie)...	3	10	3	0	0	16	13	3
VI. (0 anomalie)...	0	4	2	0	1	7	3	4
	24	29	10	13	4	80	50	30

Ordre des anomalies :

- I. Handicaps biologiques (A).
- II. Handicaps sociaux (B).
- III. Expérience traumatique (E).
- IV. Carence objective d'élevage (C).
- V. Problèmes sexuels (F).

1) La concentration presque complète des cas de déséquilibre psychopathique dans les deux premiers types I et II : 12 sur 13 psychopathes accumulent la totalité ou la quasi-totalité des handicaps et anomalies considérés dans l'échelle.

2) Dans ces deux types, on rencontre également la majorité des psychotiques : 14 sur 24, tandis qu'ils sont très rares dans les deux derniers types : 3 sujets seulement en V, aucun en VI. Cette concentration au sommet de l'échelle est significative à P.02 (1).

(1) Il est à noter que 15 des 20 cas d'hérédité mentale sont concentrés dans le premier type d'échelle.

3) Inversement, les névrotiques sont environ deux fois plus nombreux dans les types V et VI que dans les types I et II. Cette concentration au bas de l'échelle est significative à $P.05$.

Certaines conclusions et hypothèses pourraient être tirées de ces résultats.

D'abord, il semble bien qu'il existe, au niveau des sujets atteints de troubles mentaux, une sorte d'échelle des handicaps et anomalies corrélatifs à ces troubles. Le haut de cette échelle, c'est-à-dire les types réunissant tous ou presque tous les handicaps, paraît correspondre aux maladies mentales pour lesquelles le pronostic de normalisation psycho-sociale est le moins favorable.

On constate d'autre part que cette échelle possède un coefficient de reproductibilité satisfaisant ($.92$) et qu'une forte majorité des cas, 50 sur 80, correspondent à des types « purs » (sujets dont les réponses correspondent exactement à leur position dans l'échelle ; type I : 5 anomalies ; type II : 4 anomalies, etc...). C'est pourquoi, en admettant que l'ensemble « parent » des maladies mentales se présente de façon homogène à notre échantillon, relativement aux rubriques concernées, on peut émettre certaines hypothèses diagnostiques :

Si un sujet atteint de troubles mentaux rentre dans les cinq rubriques considérées, il aurait huit chances sur dix d'être un psychopathe ou un psychotique.

S'il ne rentre que dans la dernière ou les deux dernières rubriques (problème sexuel et carence objective d'élevage), il aurait quatre fois plus de chance d'être névrotique que psychotique.

II. — SOCIABILITÉ ET ASSOCIATIVITÉ

Dans la perspective des troubles de la communication et, par suite, de l'adaptation sociale, tant pragmatique qu'affective, qui pourraient exprimer un aspect de la maladie mentale, nous avons plus particulièrement étudié les phénomènes de sociabilité et d'associativité amicale ; on peut confronter les divers types de malades, dégager entre eux certaines affinités éventuelles et aussi les comparer, dans leur ensemble, à des populations réputées normales.

Pour atteindre ces objectifs, on utilise, outre l'entretien, la technique sociométrique et la passation d'un questionnaire de sociabilité dont les résultats pourraient se prêter à une seconde analyse hiérarchique.

A) Recherche des constellations affectives.

Au cours de l'entretien avec chacune des malades, on demande quelles personnes de leur entourage comptent vraiment pour elles, celles qu'elles aiment le mieux. Plutôt que de leur laisser énumérer oralement des noms, on leur remet au même moment une feuille blanche avec un cercle, en leur demandant de penser que ce cercle, c'est elles-mêmes, et de figurer autour d'elles leurs « affections ».

En principe, nous voulions éviter de préciser qu'il pouvait s'agir aussi bien d'affections familiales que d'affections extérieures à la famille, d'amitiés intimes ; mais le fait que, dès le début, plusieurs malades ont paru penser qu'il s'agissait exclusivement des premières, nous a incités à spécifier que les deux nous intéressaient (1).

TABLEAU B

	Sainte-Anne	Cochin	Autre pop. normale
Sujets sans amis extérieurs à leur famille	56 %	22 %	15 %
Sujets ayant des amis	44 %	78 %	85 %
Sujets sans liens affectifs familiaux	14 %	10 %	5 %
Sujets avec liens affectifs familiaux	86 %	90 %	95 %
Sujets ayant à la fois des amis et des liens affectifs familiaux	36 %	68 %	
Amis extérieurs seulement.	8 %	10 %	
Liens affectifs familiaux seulement	50 %	22 %	
Strictement solitaires	6 %	0	

(1) Les membres de la famille sont désignés par leur statut : père, fille ; les amis, par le prénom ; nous nous réservons ensuite de faire préciser leur âge, leur statut social, les circonstances de la rencontre.

Ce qui frappe aussitôt (tableau B), c'est la très forte proportion de sujets qui ne déclarent aucune amitié intime en dehors de leur famille ; la différence est très significative (à P.001) par rapport à l'échantillon témoin interrogé à l'Hôpital Cochin : 56 % contre 22 % (et plus encore vis-à-vis d'un échantillon de femmes, objet d'une autre étude : 15 %).

Par contre, l'immense majorité des malades possèdent des affections familiales : 86 %, chiffre à peine inférieur à celui atteint à Cochin : 90 % (1).

Amitiés extra-familiales. — En ce qui concerne le nombre d'amies déclarées par les 35 malades qui en possèdent, on constate que 15 d'entre elles, c'est-à-dire presque la moitié, n'ont qu'une amie intime, 15 autres ont 2 ou 3 amies, 5 seulement en ayant au moins 4.

A cet égard, le groupe de l'Hôpital Cochin ne diffère pas sensiblement de celui de Sainte-Anne (puisque les trois quarts des sujets — ici beaucoup plus nombreux — qui déclarent avoir des amies ont moins de quatre amies).

Si l'on examine les résultats en fonction des types de diagnostic, on ne relève aucune différence significative entre les sous-groupes, ni en ce qui concerne la proportion de sujets ayant des amies, ni en ce qui concerne le nombre d'amies déclarées.

En revanche, il est intéressant de constater que le fait d'avoir des amies, et leur nombre, varie en fonction de la *catégorie sociale* des malades ; ce sont les femmes appartenant aux milieux relativement plus aisés (ici « cadres moyens ») qui déclarent le plus rarement n'avoir aucune amie ; et, quand elles en ont, leurs amitiés sont plus nombreuses que chez les femmes appartenant au milieu ouvrier ou à celui des petits employés. Bien que ces résultats portent sur un nombre restreint de sujets (10), ils doivent être pris en considération parce qu'ils correspondent étroitement à ceux qu'on observe, non seulement à l'Hôpital Cochin, mais dans des populations féminines valides et plus étendues.

Il en va de même en ce qui concerne les caractéristiques sociales des amies : une tendance homophilique très significative apparaît en fonction du sexe (85 % d'amies femmes), de l'âge (75 % d'amies de même âge) et du milieu social (64 % d'amies de même milieu). Pourcentages très voisins de ceux observés dans les populations normales.

(1) Nous n'examinerons pas ici le domaine des affections familiales.

En résumé, le facteur pathologique intervient de façon générale pour réduire les relations amicales, quel que soit le type de maladies mentales, mais, à l'intérieur de cette « population amicale », on retrouve l'influence des facteurs sociologiques qui s'exercent dans la société globale dont nos malades font partie et dont les modèles continuent à infléchir les conduites.

B) *Recherche sociométrique à la Clinique.*

Des techniques d'observation systématique des interactions chez les malades mentaux à l'hôpital ont été proposées et utilisées par Hyde et York (réf. I).

Notre projet initial était de pratiquer une observation systématique des associations spontanées au sein du service. Nous avons dû y renoncer, faute de disposer d'une observatrice permanente, mais aussi en raison de la disposition des locaux qui se prête mal à la mise en relief de telles associations : l'espace de vie restreint multiplie, sinon les communications, du moins les co-présences. Outre un couloir où toutes circulent, il existe une pièce de séjour dont les dimensions ne permettent guère la différenciation de groupes « intimes », et qui est d'ailleurs peu fréquentée.

Pour bavarder, les malades paraissent plutôt se réunir par petits groupes de deux ou trois dans leurs chambres. Il eût donc été difficile d'observer et de noter ces réunions, à leur insu.

Enfin, le « turnover » normal du service libre, les effets de certains traitements (neuroleptiques à fortes doses, sismothérapie) donnent aux relations un caractère labile et empêchent la constitution de ces « petites sociétés » qu'on observe, au contraire, en milieu asilaire.

Pour ces raisons, notre enquête est limitée à la recherche de certaines sélections ou exclusions conscientes entre nos malades, à l'occasion d'un entretien de type sociométrique, inspiré des procédures désormais classiques de Moréno (réf. II). Pour ce faire, nous demandions à chacune, au cours de l'entretien, de nous dire si elle avait une préférence marquée pour certaines compagnes et, si oui, pour lesquelles. Réponse obtenue, nous ajoutions que peut-être elle avait certaines difficultés à s'entendre avec quelques autres personnes. En ce cas, lesquelles ?

Seulement la moitié des sujets (plus précisément 36 sur 80, voir tableau C) témoigne d'une ou de plusieurs préférences singularisées et explicites ; c'est-à-dire que le sujet fait, en évoquant le nom des compagnes préférées, certains commentaires sponta-

TABLEAU C

	PSYCHOSES	NÉVROSES	DÉPRES- SIONS	DÉSÉQUILI- BRES PSYCHO- PATHIQUES	MANIACO- DÉPRESSIFS	TOTAL 80 sujets
Font 1 choix...	7	5	2	1	0	15
Font 2 ou 3 choix.....	4	10	1	3	3	21
	11	15	3	4	3	36
Ont une attitu- de indifféren- ciée.....	10	13	7	5	1	36
Refusent tout contact.....	3	1	0	4	0	8
	13	14	7	9	1	44
Total.....	24	29	10	13	4	80
Rejettent quel- qu'un.....	1	5		1	1	8

nés : « J'aime bien bavarder avec elle », « Nous nous comprenons toutes les deux », « Elle a bon cœur, elle est serviable, discrète... ».

En revanche, *une autre moitié apparaît incapable d'opérer une différenciation sélective et affective* ; les réponses sont typiques : « Je n'ai vraiment pas de préférence », « J'aime bien (ou je tâche de) m'entendre avec tout le monde. »

Dans huit cas seulement (soit 10 %), le sujet déclare explicitement qu'il ne veut fréquenter personne, qu'il évite les autres et préfère rester seul.

Enfin, dans huit cas également, des rejets caractérisés visent nommément une ou deux compagnes, avec raisons justificatives : « Elle est trop bavarde », « Elle dit des sottises », « Elle fait des histoires. »

La répartition des cas selon le type pathologique ne présente *aucune différence significative, ni quant aux émissions, ni quant aux réceptions de choix*. A titre indicatif, plusieurs points peuvent cependant être signalés :

trois sujets sur quatre en phase maniaque effectuent plusieurs choix ;

les psychopathes sont relativement les plus nombreuses à refuser tout contact (4 sur 13) ;

les névrosées sont les plus nombreuses à émettre des rejets différenciés ;

enfin, on notera que 3 schizophrènes ont reçu ensemble 9 choix sur les 58 exprimés, proportion inattendue pour ce type de malade.

L'interprétation de ces divers résultats doit évidemment rester très prudente : il se peut notamment qu'une partie des malades ayant adopté une attitude indifférenciée ne veuille pas, ou n'ose pas, révéler ses préférences — et aussi ses antipathies. Néanmoins, la situation est la même que pour certains groupes normaux soumis à des tests sociométriques (1), et le climat des entretiens nous permet de penser que les sujets nous parlent en général sans réticence consciente.

Il semble bien que cette proportion considérable de cas de vacuité en matière de sélection soit spécifique à notre population pathologique. Compte tenu de leur personnalité, du trouble mental, des circonstances de l'hospitalisation, des thérapeutiques en cours, ces sujets ne cherchent guère de communication et d'association, au moins dans l'immédiat. Bien que se rencontrant régulièrement aux repas et fréquemment dans la salle de séjour ou dans les couloirs, certaines malades ne connaissent par leur nom que deux ou trois compagnes ; elles en identifient environ le double. Mais elles ne tendent significativement ni à refuser de formuler des choix, ni à préférer leurs seules « connaissances ».

En ce qui concerne les 36 sujets ayant émis des préférences, on notera le niveau réduit d'expansivité : jamais plus de trois choix ne sont formulés, alors que la population — partiellement mouvante, on le sait — parmi laquelle chacun pouvait choisir atteignait une vingtaine de personnes.

Sur ces 36 choix exprimés, on constate que 12 seulement sont réciproques ; plus précisément, six « paires » sont apparues parmi notre population au cours des six mois d'enquête (2). Ce nombre est faible, certes, en valeur absolue, mais la proportion de choix réciproques par rapport aux choix unilatéraux n'est pas sensiblement inférieure à celle d'une population normale.

(1) La proportion d'attitudes indifférenciées au test sociométrique dans des collectivités fluentes varie entre 10 et 20 %. Dans les groupes plus stables, même au début de leur constitution, elle atteint rarement 10 %.

(2) 9 sujets sur 80 (soit 11 %) furent impliqués dans ces six paires ; il est à noter que trois d'entre eux étaient des schizophrènes.

Ces résultats sont difficiles à confronter avec ceux de Millan et Silverberg (réf. III), dont l'enquête sociométrique imposait un nombre fixe de choix — consigne qui rend impossible une appréciation de l'expansivité spontanée des sujets ; du moins ces auteurs observaient-ils une réduction significative du nombre des choix réciproques dans le service réservé aux névroses anxieuses traitées par insulinothérapie — alors que la proportion de réciprocités ne variait guère entre les patients du service de neurologie, du service libre, et même du service fermé réservé aux psychotiques dans le même hôpital.

On peut se demander si certains facteurs écologiques, sociologiques ou psychologiques ne sont pas susceptibles d'expliquer une proportion importante d'affinités ; on recherchera donc successivement les similitudes ou différences existant entre les malades et les compagnes respectivement préférées.

Du point de vue *écologique*, on pourrait s'attendre à ce que la distribution par chambre (à 2 ou 3 lits) ait une forte incidence sur les choix, puisqu'elle assure, en tout cas, une interconnaissance inévitable. Plusieurs études effectuées sur des populations normales ont souligné l'importance de ce facteur (réf. IV, V). On constate ici que 20 choix sur 58 (soit environ le tiers) concernent des voisines de lit ou plus exactement des compagnes de chambre ; cette proportion est très significative par rapport à la probabilité d'occurrence (1), mais l'existence de 38 choix « extérieurs » montre que ce facteur est loin d'être décisif et que les communications « inter-chambres » restent nombreuses.

Il en va de même pour l'âge : on a vu que toutes les couches sont représentées de façon sensiblement égale, entre 18 et 65 ans. Parmi celles qui expriment un choix (36), on note des femmes de tous âges. Si on considère la similitude d'âge comme une zone limitée par cinq années de plus ou de moins, on constate une nette propension à l'homophilie d'âge (33 choix) ; mais, l'existence de 25 voix visant des compagnes d'âge inégal suggère l'intervention d'autres facteurs.

On relève, parmi ces derniers, 7 choix effectués par des femmes de plus de 40 ans vers des jeunes de moins de 25 ans — qui

(1) Il est impossible ici d'effectuer une analyse statistique rigoureuse, étant donné le « turnover » de la population du service ; on peut seulement dire que *grosso modo*, pendant la présence de chaque « couche » de malades, le nombre de choix possibles visant des voisines de chambre est de l'ordre de 30, tandis que celui des paires possibles entre non-voisines est de l'ordre de 200, soit dix-sept fois plus. Or, globalement, le nombre de choix de voisines est de 20 contre 38 non-voisines, soit seulement deux fois plus.

peuvent être considérés comme des velléités de « maternage ». Toutefois, ces choix ne sont pas réciproques et l'on ne relève, même chez les jeunes femmes, aucun choix dirigé vers une compagne qui soit d'au moins quinze ans leur aînée.

C'est l'analogie du *niveau social* qui paraît intervenir de la façon la plus nette (1) : 36 choix de même niveau contre 12 de niveau différent, soit trois fois plus, alors que, pour chaque vague de sujets, le nombre de paires possibles est d'environ 60 de même niveau contre 120 de niveau différent, soit deux fois moins. Cette « homophilie de statut » est tout à fait conforme aux résultats établis par plusieurs sociologues dans des populations normales (réf. VI, VII).

Mais l'hypothèse la plus séduisante eût été que les sujets atteints d'affections semblables, ou voisines dans notre classification (névroses et dépressions, par exemple), aient une certaine propension à s'associer.

A cet égard, les résultats montrent seulement 17 choix dans ce cas, contre 41 entre sujets atteints de troubles pathologiques différents. Mais il est ici très difficile de comparer ces chiffres à une quelconque probabilité d'occurrence, car, contrairement à l'âge et au niveau social, la proportion des types pathologiques varie fortement selon les « vagues » de malades.

La seule indication sûre, c'est que les associations « homopathiques », bien que certainement supérieures au hasard, restent beaucoup moins significatives que les précédentes. Autrement dit, les facteurs psycho-sociologiques, notamment le voisinage, l'âge et surtout le statut social, paraissent exercer une influence homophilique plus grande sur les attraites et les associations spontanées que le facteur spécifiquement pathogène.

Plus précisément encore, selon une hypothèse déjà faite par l'un d'entre nous, cette donnée ne doit jouer qu'à l'intérieur des précédentes ; de même que, dans les populations normales, les affinités caractérielles ne paraissent jouer que dans les cadres sociaux qui régissent les communications.

Une constatation décisive vient attester cette primauté des facteurs psycho-sociaux globaux : alors que l'émission de préférences (et le nombre de ces émissions) ou l'adoption envers les autres d'une attitude « d'admission indifférenciée » paraissent sans relation avec le type pathologique, ces faits varient fortement

(1) Pour évaluer comparativement l'analogie ou la différence du niveau social, on a tenu compte simultanément du niveau socio-professionnel du mari ou des parents, du niveau économique et du milieu culturel.

en fonction de l'appartenance sociale : ainsi, les femmes appartenant au milieu des employés et cadres moyens tendent très significativement (à P.01), par rapport à celles du milieu ouvrier, à émettre des choix et des rejets spécifiés (voir tableau D).

A une élévation même légère du statut social et du niveau socio-culturel correspond un style de relation plus personnalisé, plus électif. Il est intéressant de retrouver dans ce milieu à la fois artificiel et pathologique un phénomène général observé par l'un de nous au cours d'études beaucoup plus larges (réf. VIII).

Une expérience de désocialisation. — A propos de cette discussion sur le rôle des facteurs pathogènes à l'intérieur des cadres sociaux, l'observation sous un produit pharmaco-dynamique réalise une expérience limite. Les facteurs psycho-sociaux sont, en effet, modifiés temporairement à l'occasion du bouleversement temporo-spatial que l'injection intraveineuse de L.S.D.-25 entraîne chez plusieurs de nos sujets (réf. IX, X). Mais, du même coup, la tonalité affective des interactions est modifiée. Il est possible, en effet, de suivre les altérations des relations interpersonnelles à mesure que s'appauvrissent les communications établies

TABLEAU D

	Milieu ouvrier	Milieu empl. et cadres	
Emission de choix spécifiés	12 (30 %)	24 (60 %)	36
Attitudes d'émission indifférenciée	25 (62 %)	11 (28 %)	36
Isolation. Refus de contact.	3 (8 %)	5 (12 %)	8
	40 (100 %)	40 (100 %)	80 (100 %)
Emission de rejets spécifiés	1	7	

normalement par le truchement du langage et de la mémoire sociale.

Dans une telle atmosphère « désocialisée », on assiste souvent à des réactions affectives plus ou moins labiles, à des « sorties » explosives, le sujet devenant particulièrement sensible au comportement d'autrui. Un certain mode de penser magique est implicitement contenu dans les réactions du sujet à ce qui paraît le menacer et lui faire peur, ou bien dans la façon dont il se montre agressif et fait front.

Ainsi, certaines malades disent ne pouvoir supporter les autres compagnes : « Cette voisine me parle tout le temps de sa mère, alors que la mienne a été si dure pour moi. » « Il y a une méchante femme ici ; elle fait souffrir les autres... Ce n'est pas charitable ce que je dis, mais ça rendra service à tout le monde... C'est la première fois que je dis du mal de quelqu'un, j'encaisse toujours... Je ne veux plus voir les autres malades, qui ne parlent que d'elles. »

Ou encore, elle peut exprimer un besoin de réconfort, rechercher la sécurité : elle ne veut pas rester seule, désire une présence humaine, « se jeter dans les bras de la première venue ; n'importe qui, infirmière, malade ».

Dans deux cas, une confrontation a pu être faite entre la préférence pour une compagne, exprimée antérieurement au questionnaire sociométrique, et les réactions vis-à-vis de cette compagne préférée, au cours de l'expérience vécue sous L.S.D.-25. Ainsi, une névrotique va se coucher dans la chambre de son « amie » ; mais elle a peur « qu'on lui fasse du mal ou qu'elle lui fasse du mal ». Une psychotique rencontre sa compagne préférée et la décrit ainsi, extériorisant son agressivité sous forme de « fantasme illusionnel » : « sa figure toute ridée d'un côté..., j'ai envie de lui sauter dessus et de la griffer ».

Ainsi sont projetés, de manière plus ou moins caricaturale et ambivalente, des affects que le sujet note lui-même avec surprise. Mais, dans ces cas, leur expression correspond non seulement au bouleversement du cadre psycho-social, mais aussi à une modification de la personnalité.

C) Réponses à un questionnaire de sociabilité.

A partir des conversations, des remarques et des confidences spontanées des malades accueillies dans le service pendant le premier trimestre, nous avons établi un questionnaire de socia-

bilité comportant 12 *items*. Ce questionnaire a été systématiquement proposé aux 60 malades traitées pendant les deux trimestres suivants, ainsi qu'à une population correspondante d'un service chirurgical de l'Hôpital Cochin ; nous avons vu que celle-ci pouvait être considérée comme psychologiquement normale et socialement comparable à celle de Sainte-Anne. Chacune des 12 questions suivantes était inscrite sur un petit carton (1) :

- Q. 1. — Il m'est difficile d'engager la conversation avec quelqu'un que je ne connais pas.
- Q. 2. — Je me lie facilement avec mes voisins.
- Q. 3. — Je ressens un grand besoin d'être protégée.
- Q. 4. — J'aime me trouver dans des réunions animées.
- Q. 5. — Je fais difficilement des confidences.
- Q. 6. — Je me sens toujours seule, même en compagnie.
- Q. 7. — Ma famille me suffit et je n'ai pas besoin d'amitiés extérieures.
- Q. 8. — J'ai un grand besoin de tendresse.
- Q. 9. — Je trouve plus facile d'être aimable avec des inconnus qu'avec des gens qui me sont familiers.
- Q. 10. — J'ai souvent l'impression que les sentiments des gens à mon égard changent sans raison.
- Q. 11. — Je suis très sensible aux critiques.
- Q. 12. — Je suis souvent gênée quand on m'observe.

Les résultats présentés dans le tableau E montrent que pour la plupart des questions d'importantes différences apparaissent entre les deux groupes. Dans certains cas (Q. 1), les proportions sont presque inverses ou s'écartent considérablement (Q. 8, Q. 10, Q. 11). Dans d'autres, elles sont sensiblement voisines (Q. 4, Q. 5, Q. 7).

Mais seule une épreuve statistique peut révéler les questions réellement discriminatives, soit au niveau global, entre Sainte-Anne et Cochin, soit en fonction des types d'affections mentales (par exemple, entre les psychoses et les névroses ou les déséquilibres). L'épreuve du X^2 effectuée sur les nombres bruts de réponses montre que quatre questions seulement sur 12 sont discriminatives au niveau global (X^2 signif. à P.01 ou .02).

(1) Pour faciliter et homogénéiser la passation, on disposait devant le sujet deux cartons « guides », l'un portant la mention : « Oui, c'est vrai pour moi » ; l'autre : « Non, ce n'est pas vrai pour moi » ; on remettait alors le paquet et cartons en invitant le sujet à les répartir selon son cas, et en prenant son temps. L'expérience a montré que, même à Sainte-Anne, les malades effectuaient l'opération sans embarras et avec intérêt.

TABLEAU E

	SAINTE-ANNE		COCHIN	
	Oui	Non	Oui	Non
Q. 1	67 %	33 %	38 %	62 %
Q. 2	27 %	73 %	43 %	57 %
Q. 3	82 %	18 %	70 %	30 %
Q. 4	40 %	60 %	48 %	52 %
Q. 5	53 %	47 %	50 %	50 %
Q. 6	40 %	60 %	25 %	75 %
Q. 7	42 %	58 %	35 %	65 %
Q. 8	83 %	17 %	60 %	40 %
Q. 9	33 %	67 %	18 %	82 %
Q. 10	35 %	65 %	13 %	87 %
Q. 11	85 %	15 %	63 %	37 %
Q. 12	60 %	40 %	45 %	55 %

Q. 1. — Il m'est difficile d'engager la conversation avec quelqu'un que je ne connais pas.

Q. 8. — J'ai un grand besoin de tendresse.

Q. 10. — J'ai souvent l'impression que les sentiments des gens à mon égard changent sans raison.

Q. 11. — Je suis très sensible aux critiques.

On notera que ce sont précisément des questions qui envisagent la relation moi-autrui dans une perspective de vulnérabilité (Q. 1, Q. 11), de labilité (Q. 10) et d'appétition (Q. 8).

Si l'on considère, d'autre part, l'ensemble du questionnaire, on constate que la proportion des réponses témoignant de certaines difficultés de la sociabilité est significativement plus fréquente à la Clinique qu'à l'Hôpital Cochin : 62 % de cas contre 46 % (signif. à .02). Ces difficultés se traduisent, en effet, par des réponses positives à toutes les questions, sauf à Q. 2 et à Q. 4, dont la tournure appelle une réponse négative de la part des sujets éprouvant ces difficultés (1).

Si l'on analyse les résultats en fonction des genres d'affection mentale, on constate une tendance générale des névrotiques et des psychotiques à se différencier des sujets normaux, tandis

(1) On exclut toutefois Q. 9, susceptible d'interprétations ambiguës.

que les dépressifs et même les psychopathes s'en écartent moins fréquemment et moins fortement.

Cependant, il n'apparaît que rarement de différence significative entre les réponses des divers types pathologiques. Les seuls cas notoires concernent les réponses aux questions 5 et 6. A la question 5, les psychotiques déclarent presque tous « qu'ils font difficilement des confidences », alors que dans les autres groupes, comme dans le groupe normal, la moitié seulement des sujets se dépeint ainsi. A la question 6, alors que névrotiques et psychopathes diffèrent significativement des sujets normaux et se sentent en majorité « seuls, même en compagnie », il n'en va pas de même pour les psychotiques.

En définitive, l'ensemble du questionnaire, et plus spécialement quatre questions, paraît constituer un moyen assez net de discrimination globale entre une population normale et une population atteinte de troubles mentaux. Ces troubles semblent étroitement liés au niveau de sociabilité et leur présence peut être présumée à partir des modes de réponses. Cependant, ce moyen ne saurait permettre aucune hypothèse pour ordonner les troubles en fonction des modes de réponses, ni pour relier ces modes à un tel syndrome spécifique.

D) *Recherche d'une échelle hiérarchique.*

Le procédé qui aurait chance de fournir de telles hypothèses est ici encore celui du scalogramme de Guttman. Il s'agit de savoir si les réponses à l'ensemble — ou à une partie — des questions de sociabilité se prêtent à l'établissement d'une échelle. L'existence d'une telle échelle impliquerait, en effet, qu'il existe un continuum allant d'un style de réponses extrêmes à un autre et permettrait de supposer que les positions des sujets dans cette échelle correspondent à des catégories de syndromes spécifiques.

L'opération ne consiste plus à repérer les questions dont les résultats sont respectivement discriminatifs, mais à chercher s'il existe un « ordre » tel que certains « types » puissent être dégagés : par exemple, que les sujets normaux tendent à se situer à tel niveau de l'échelle, et mieux encore que certains groupes pathologiques se situent clairement les uns vis-à-vis des autres en correspondant à des types déterminés de réponses.

L'expérience a montré que 7 *items* du questionnaire se prêtent à l'établissement d'une échelle hiérarchique : Q. 10, 9, 6, 7, 12, 1 et 11.

Toutefois, cette échelle est loin d'être parfaite : le coefficient de reproductibilité étant seulement de .87, et le nombre de cas rentrant dans des types « purs » (c'est-à-dire ayant exactement le nombre théorique de réponses + ou —) (1) restant assez réduit (25 sur 80).

La structure de l'échelle où figurent 80 sujets ne révèle aucune correspondance rigoureuse entre la répartition des syndromes et les types d'échelles. Mais il est intéressant de constater que si l'on se borne à décompter les scores de réponses positives aux sept questions retenues, on obtient une répartition sensiblement égale à celle des types d'échelles, pour les deux genres de populations. En admettant une homogénéité suffisante entre l'ensemble parent et la population de sujets envisagés dans notre étude, les résultats du tableau F permettent certaines hypothèses pra-

TABLEAU F

NOMBRE DE RÉPONSES +	PSYCHOSES	NÉVROSES ET DÉPRES- SIONS	DÉSÉQUILI- BRÉS	TOTAL MALADES	TOTAL NORMALES	TOTAL GÉNÉRAL
7 +	0	3	0	3	0	3
6 +	0	2	1	3	0	3
5 +	4	1	1	6	0	6
4 +	5	15	3	23	7	30
Tot.	/ 9	/ 21	/ 5	/ 35	/ 7	
3 +	5	3	3	11	5	16
2 +	3	2	2	7	1	8
1 +	0	2	0	2	7	9
0 +	0	0	0	0	5	5
Tot.	/ 8	/ 7	/ 5	/ 20	/ 18	
Tot. gén.	17	28	10	55	25	80

(1) Pour le type A : 7 réponses positives ; pour le type B : 5 réponses positives et une réponse négative, etc...

tiques : si un sujet quelconque fait plus de quatre réponses positives au jeu des sept questions considérées, il a toutes les chances de ne pas être normal (ce qui ne veut pas dire qu'il le soit s'il en fait moins) ; mais, inversement, s'il ne fait aucune ou s'il fait une seule réponse positive, il a moins de 5 chances sur 100 d'être un malade mental (ce qui ne veut pas dire qu'il le soit s'il en fait davantage).

Les prévisions seraient beaucoup moins nettes en ce qui concerne le diagnostic clinique ; néanmoins, si l'on partage l'échelle en deux moitiés, on constate que la partie supérieure, correspondant à quatre réponses positives au moins, comprend les trois quarts des névrotiques et déprimés et la moitié seulement des psychotiques et des psychopathes. En somme, le questionnaire paraît susceptible d'extérioriser un certain aspect « sensitif » de la personnalité qui se rencontre plus fréquemment chez les névrotiques.

CONCLUSIONS

L'étude dont certains résultats viennent d'être présentés concernait un ensemble de 80 femmes hospitalisées dans le service libre de la Clinique ; il s'agissait donc d'une population mouvante, comportant les cas les plus variés de maladies mentales. L'accent de la recherche a été mis sur les antécédents psychosociologiques de ces malades et sur leur mode de sociabilité actuelle, avant leur entrée à la Clinique, et à l'intérieur même du service. Les techniques utilisées ont été essentiellement l'entretien en profondeur et certains questionnaires spécifiques dont le contenu a pu se prêter à la constitution d'échelles hiérarchiques.

Etant donné les difficultés inhérentes à ce genre d'étude, où les caractères de la population comme de la situation impliquent l'interférence de variables incontrôlables, nous ne faisons que formuler certaines constatations et certaines hypothèses :

1) La fréquence des cas d'hérédité mentale dans notre population est significativement élevée par rapport à une population présumée normale, étudiée dans un hôpital général. Par contre, on ne relève pas d'écart significatif quant à la fréquence des perturbations familiales.

2) Les handicaps biologiques et les anomalies psycho-sociales imposés à nos sujets pendant l'enfance et la jeunesse paraissent

s'ordonner sur une sorte de « continuum » permettant la répartition de « types » sur une échelle. En ce qui concerne au moins les types extrêmes, une correspondance partielle paraît exister entre eux et les types de troubles mentaux : psychotiques et psychopathes d'une part, névrotiques d'autre part. Sous réserve du caractère représentatif de notre échantillon par rapport à l'ensemble de la population des malades mentaux, certaines hypothèses diagnostiques peuvent être fondées sur cette correspondance.

3) Les malades mentaux présentent des troubles de la communication. Ceux-ci se manifestent notamment par un appauvrissement de la sociabilité, tant au niveau de la vie quotidienne, avant leur hospitalisation, qu'une fois entrés — et entre eux — à la Clinique.

a) D'une part, l'établissement des constellations affectives montre qu'une proportion considérable de sujets n'ont aucune amitié intime, à l'exception des membres de leur famille sur lesquels ils se replient, avec des sentiments d'ailleurs ambivalents.

b) D'autre part, le questionnaire sociométrique révèle une majorité d'attitudes indifférenciées (ou même de refus de contact) envers les compagnes pendant l'hospitalisation. Corrélativement, le nombre restreint de choix réciproques montre la faiblesse du tonus associatif.

Dans tous ces cas, la comparaison avec les résultats obtenus dans des populations normales se révèle significative, sans pour autant que des différences sensibles apparaissent en fonction des types nosologiques.

c) Il en va de même si l'on explore la sociabilité à travers un questionnaire spécifique : l'échantillon de malades mentaux se distingue significativement d'un échantillon normal comparable, soit au niveau de l'ensemble du questionnaire, soit à propos de quelques questions fortement discriminatoires, soit, enfin, par sa position sur une échelle élaborée à partir des réponses audit questionnaire.

Mais on ne relève pas ici de différences décisives entre les types de troubles mentaux, ni de correspondances avec les types d'échelle pouvant suggérer des hypothèses diagnostiques aussi probables que dans la première partie de l'étude.

Il semble bien, en définitive, qu'on ne puisse référer étroitement et directement les classifications psychiatriques classiques à des niveaux bien distincts de sociabilité. Toutes les malades,

quel que soit le diagnostic qu'on leur applique — sauf peut-être à un moindre degré les maniaques — présentent un appauvrissement des relations socio-affectives ; mais aucune catégorie n'est non plus rigoureusement isolée ou rejetée, puisque nous avons vu que même les schizophrènes obtenaient à l'hôpital une appréciable proportion de choix.

L'étude de la sociabilité hospitalière de nos sujets suggère, au contraire, que ce sont des facteurs spécifiquement sociologiques plutôt que des facteurs psychiatriques qui interviennent dans le jeu des affinités, puisque le statut social des sujets paraît exercer la plus forte influence assignable sur le nombre et le style des sélections interpersonnelles. Tout se passe comme si les cadres sociaux de l'affectivité subsistaient en dépit du trouble mental et continuaient à exercer une influence latente sur le jeu des associations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- I. HYDE (R.) et YORK (H.). — A technique for investigating interpersonal relations in a mental hospital. *Journ. abn. Soc. Psychol.*, 1948, n° 44.
- II. MORÉNO (J.-L.). — *Fondements de la sociométrie*, trad. franç., P.U.F., 1954.
- III. MAC MILLAN (J.) et SILVERBERG. — Sociometric choices patterns in hospital ward groups. *Journ. abn. Soc. Psychol.*, 1955, vol. 50, n° 2.
- IV. FESTINGER (L.). — *Social Pressures in informal groups*, 1950, New-York (Harper).
- V. MERTON (R. K.). — *Social psychology of housing* (in : *Current trends in social psychology*), Pittsburg, 1951.
- VI. LUNDBERG et BEAZLEY. — Consciousness of kind in a college population. *Sociometry*, 1948, n° 11.
- VII. MAISONNEUVE (J.). — Selective choices and propinquity. *Sociometry*, 1952, 15, n° 1.
- VIII. MAISONNEUVE (J.). — *Psycho-sociologie des affinités* (à paraître).
- IX. HYDE (R.), V. MERING (O.) et MORIMOTO (K.). — Hostility in the lysergic psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1953, 118, 266.
- X. DELAY (J.) et BENDA (Ph.). — L'expérience lysergique. L.S.D.-25 : à propos de 75 observations cliniques. *Encéphale*, 1958, 47, n° 3.

L'ASSISTANCE A L'ENFANT ARRIERE EN BELGIQUE

(Voyage d'études sous les auspices
de l'Organisation Mondiale de la Santé)

PAR

A. BELEY

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Du 5 au 14 mars 1957, j'ai parcouru la Belgique, afin de visiter un certain nombre d'établissements consacrés à l'assistance et à la rééducation de l'enfant arriéré, et de m'assurer concrètement de ce qu'il est vrai que ce pays se trouve, en ce domaine, en position d'exemple. Dans l'espoir que cet exemple soit suivi dans mon pays qui, lui aussi, a été, en un temps pas si lointain, à l'avant-garde, je voudrais rapporter très simplement ce que j'ai vu et entendu au cours de ces dix journées. Je tiens auparavant à adresser mes vifs remerciements à l'Organisation Mondiale de la Santé qui m'a permis ce voyage.

Il ne s'agit pas ici d'une étude théorique : le sujet, qui consiste à étudier de quelle façon il convient de traiter les oligophrènes en nombre croissant en Belgique comme en France, afin qu'ils soient à la fois heureux et utiles, ce sujet ne se prêterait guère à des considérations doctrinales.

Le but du voyage, son principe, était de visiter attentivement quelques institutions dont la vocation est d'abriter, en même temps que de faire progresser et se développer les enfants et adolescents arriérés des deux sexes..., ces déficients intellectuels qui sont, le plus souvent, du fait de leur origine native comme de leur environnement social, des déficients des sens, de la motricité et de l'affectivité. Et, de ces visites, de donner une traduc-

tion sincère, qui soit suffisamment explicative pour que les meilleures réalisations fassent figure de modèle.

Le problème essentiel, au départ, me paraissait être le suivant : le déficitaire cérébral moyen, avec ses altérations organiques probables, mais non établies, — l'enfant surtout qui n'a pas pris encore ses habitudes et qui cherche ses modes de conduite —, n'est pas un malade mental au sens d'une détérioration et d'une destructuration à manifestations plus ou moins conflictuelles ; c'est un infirme à qui il manque, congénitalement, certains moyens de penser et donc d'agir, au niveau de son entourage standard ; et c'est là beaucoup plus une notion quantitative que qualitative. De même que, dans une salle de médecine générale, on ne mêle pas l'estropié congénital au traumatisé des membres inférieurs, tant les soins nécessaires à leur mise en fonction représentent des disciplines différentes, de même il ne devrait pouvoir être question de grouper dans un même établissement, sous le prétexte que l'un et l'autre sont des enfants nerveusement atteints, l'infirmes qu'est l'oligophrène et les malades que sont le jeune schizophrène ou l'épileptique. J'allais donc en Belgique à la recherche des modes d'assistance spécialement destinés au garçon et à la fille arriérés mentalement, à l'exclusion de ce qui pouvait y être offert au psychopathe avéré, infantile et juvénile. Plus précisément encore, je désirais connaître l'organisation médico-pédagogique de soins mise à la disposition de l'enfant sérieusement arriéré. Il n'était pas question tellement du débile léger, pour lequel, un peu partout, des efforts, parfois peu harmonieux et mal coordonnés, sont entrepris, mais bien plutôt du débile moyen et profond, celui dont le quotient intellectuel oscille entre 0,55 et 0,70, et que de célèbres travaux, français autant que belges, ont révélé accessible à des modes variés d'éducation. A l'occasion, il était intéressant d'apprendre comment étaient traités le très mal éduicable (imbécile profond) et le non éduicable (idiot)...., cette mauvaise expression n'étant employée que par rapport au plan social général, et non vis-à-vis de la collectivité d'assistance hospitalière.

La place du débile profond dans l'assistance à l'enfant arriéré, ce qui peut être tenté pour lui donner sa chance, familiale et semi-professionnelle, ce sont là des problèmes très péniblement vécus, à l'heure actuelle, en France où, de plus en plus, par carence d'équipement adapté, l'arriéré semi-éduicable, pour peu que son arriération s'intrique à la moindre perturbation de son comportement (et même lorsque cette perturbation est familia-

lement conditionnée), est refoulé vers l'internement dans des annexes d'hôpitaux psychiatriques. Là, mêlé à des psychopathes, à des grands épileptiques caractériels, groupé avec des idiots inéducables, lesquels représentent la vocation de telles institutions, il est considéré et traité comme un « irrécupérable ». C'est de ce fait négatif, et profondément préjudiciable aux jeunes débiles profonds et moyens, que je suis parti, pour aller voir ailleurs si d'autres façons de concevoir l'organisation n'allaient pas de pair avec des procédés de traitement à la fois plus efficaces... et plus rentables.

Ainsi, ce ne sont pas les organismes de dépistage qui me semblaient particulièrement intéressants à observer, pas plus que les solutions apportées aux besoins de post-cure et de réadaptation. En effet, le dépistage, aboutissant à une sorte de bilan provisoire, tant médical que psychologique, pédagogique et social, et teinté de pronostic, est maintenant mis en place un peu partout en Europe ; la France dispose d'un appréciable réseau de dispensaires d'hygiène mentale infantile. A l'opposé, et nous aurons l'occasion d'y revenir, la Belgique est aussi pauvre que notre pays en organismes de réinsertion professionnelle et sociale ; d'une façon générale, sauf en Grande-Bretagne et dans les pays nordiques, cet aspect, pourtant si important, du problème de l'enfant arriéré, est négligé. Ce qui apparaît d'abord comme capital, dans l'intérêt de l'enfant comme dans celui de la collectivité payante, ce sont les soucis actifs d'orientation, de triage, de *répartition*, en rapport avec la gamme des placements. C'est ce besoin d'aération rationnelle des niveaux d'arriération que j'ai trouvé en Belgique, et qui explique que chacun de ces niveaux trouve à sa vraie place les traitements adaptés, les rééducations adéquates. C'est là ce que je voudrais exposer.

Le 5 mars au matin, dès mon arrivée à Bruxelles, j'étais très cordialement reçu par le Docteur Bruyninckx, Inspecteur général des Etablissements pour malades mentaux et enfants anormaux au Ministère de la Santé, qui m'accorda un long entretien. Sa grande compétence psychiatrique permit une fort claire mise au point des buts exacts de ce voyage et un tour d'horizon sur les établissements intéressants à visiter.

La Belgique compte, en gros, plus de 8.000 lits d'indigents pour « enfants anormaux, sourds-muets, estropiés et aveugles ». Quatre mille cinq cents, soit plus de la moitié, sont réservés aux « éducatibles et semi-éducatibles », groupés dans une même rubrique administrative. La plupart de ces lits se trouvent dans des

Institutions privées, en général religieuses, qui touchent les frais de séjour du « Fonds commun d'assistance », et sont contrôlées par le Ministère de la Santé. Cependant, il existe des établissements provinciaux — départementaux, dirions-nous chez nous — dont le type est la Ferme-Ecole de Waterloo, et aussi des Institutions d'Etat telles que la Colonie de placement familial de Geel.

Le Fonds commun d'assistance est la Caisse centrale qui paie aux établissements, privés ou publics, le montant des prix de journée suivant un barème établi par le Ministère de la Santé ; il est constitué, dans chaque province, au moyen de versements effectués par toutes les communes du ressort, pour moitié d'après leur population et pour l'autre moitié au prorata du produit des impôts dont le rendement sert de base à la répartition du Fonds communal. Autrefois géré par la députation permanente du Conseil provincial, il l'est maintenant par le Gouvernement lui-même. Le rôle de la Commission administrative de la députation permanente se limite actuellement à donner son avis au sujet de l'admission au bénéfice du Fonds commun des indigents placés dans les établissements psychiatriques ; et, s'il s'agit d'un enfant, elle vérifie si cet enfant est en état de profiter de l'instruction donnée dans l'Institut proposé. En effet, la loi du 14 juin 1920 a étendu les avantages du Fonds commun à tous les anormaux placés dans un Institut spécial pour y recevoir l'instruction. Il s'agit essentiellement d'assistance, et la loi en question ne subordonne plus à la procédure de collocation l'admission d'un enfant anormal au bénéfice du Fonds commun. Sauf certains cas exceptionnels, il ne peut plus être question d'internement pour les enfants mentalement déficients, et l'admission dans tous les Instituts spéciaux a lieu sur production des pièces suivantes : 1° un certificat médical constatant qu'il s'agit d'anormaux mentaux susceptibles d'être placés dans un Institut spécial ; 2° une déclaration de l'Administration communale demandant le placement et certifiant que les enfants peuvent être considérés comme indigents ; 3° un extrait d'acte de naissance.

Point qui nous paraît capital : la mise en vigueur de la loi du 14 juin 1920 a eu pour effet de faire perdre aux établissements pour enfants leur caractère d'établissements psychiatriques.

Le Ministère de la Santé publique inspecte, nous l'avons dit, *tous* ces Instituts, et cette inspection est extrêmement exigeante, portant aussi bien sur la formation médicale, scientifique et pédagogique du personnel de l'établissement, que sur l'organisation matérielle de celui-ci. Le personnel enseignant doit être au

moins porteur du diplôme d'instituteur et, éventuellement, d'un certificat d'enseignement spécial. Ce personnel est contrôlé et rémunéré par le Ministère de l'Instruction publique.

Nous retiendrons dès maintenant de ces données administratives et d'organisation trois éléments essentiels, qui nous paraissent fournir le ton de l'assistance à l'enfant arriéré en Belgique : 1° En premier lieu, c'est l'Administration de la Santé publique qui a la prédominance absolue dans la création, l'organisation et le contrôle des Maisons pour enfants arriérés, quels que soient le niveau mental et le quotient intellectuel de ceux-ci, et quel que soit aussi le pronostic qui leur est affecté. C'est ainsi seulement qu'une planification saine est rendue possible, en même temps qu'une *répartition correcte*. 2° La gamme des établissements spécialisés est assez étendue pour que les placements y soient très souples ; la tendance officielle est de lier, dans l'entreprise rééducative, le débile profond semi-éducable à l'arriéré léger éduicable. 3° La non-collocation de l'enfant arriéré, l'abandon de la pratique de son internement, la dépsychiatisation des établissements qui lui sont consacrés, ont entraîné dans les esprits et dans les conduites la disparition de la notion pour le moins abusive d'irrécupérabilité. Nous reviendrons sur ce point tout au long du récit de nos visites.

Lors de son dépistage, au moment de son placement, l'enfant arriéré de Belgique, même de très bas niveau, n'est accompagné d'aucune appréciation péjorative, et il se trouve toujours en face d'une entreprise exhaustive ; il est convenu que l'on tirera de lui tout ce qu'il est capable de donner et que, quelle que soit la Maison qui l'accueille, il montera d'un échelon à l'échelle des conduites.

On ne saurait trop souligner ces données premières.

Par le Docteur Bruyninckx, j'ai l'occasion d'apprendre quelles sont les normes de surface et de cubage exigées par le Ministère de la Santé. Voici ce qu'il en est pour les cubages : 14 m³ par enfant dans les dortoirs ; 3 m³ dans les réfectoires ; 6 m³ dans les salles de jour ; 7 m³ dans les classes. Je constaterai partout, au cours de mes visites, combien ces normes sont respectées. Il en est de même pour les exigences sanitaires, si légitimes : un lavabo pour cinq au maximum ; une baignoire ou douche pour quinze ; un water-closet pour dix.

Sans parler des instituteurs qui sont tous de véritables enseignants — laïques ou religieux — et dépendent de l'Instruction publique, il doit y avoir, dans les établissements recevant des

éducables et semi-éducables, un moniteur par groupe de 20 enfants. Le souci principal d'enseignement est de fournir à l'enfant des pré-apprentissages corrects, et nous verrons l'importance des classes-ateliers. On n'a pas tellement la prétention de mener cet enfant à un diplôme standard que de lui faire obtenir un certificat d'établissement, conféré avec la garantie d'un Inspecteur provincial, et qui permet de le diriger, en l'y recommandant, sur des places d'adjoints professionnels.

Sauf dans les importants Instituts, en particulier d'Etat et de province, le médecin à temps plein est rare. Mais, dès que l'effectif dépasse 50 enfants, l'établissement est tenu de faire appel à un médecin dont la visite doit être quotidienne. Le plus souvent, ce médecin est essentiellement un pédiatre, fort peu préoccupé de psychologie ou de pédagogie. La venue périodique d'un psychiatre n'est pas exigée, et ce concours est laissé à l'initiative de l'établissement. Sans que nous pensions que le psychiatre soit absolument nécessaire, à cette assistance dépsychiatisée qu'est celle de l'enfant arriéré en Belgique, il nous semble cependant qu'il y a probablement là une erreur ; si l'arriération mentale n'est pas, à notre sens, une maladie au sens propre du terme, l'expérience de son observation montre aussi qu'elle n'est pas une infirmité monolithique, et que derrière de très nombreux cas, simples en apparence, se cachent de véritables cristallisations complexes, d'ordre psycho-socio-affectif, où le psychiatre a son mot à dire, son avis à apporter, une contribution utile à offrir.

Le Docteur Bruyninckx enfin, que nous avons revu à plusieurs reprises au cours de notre séjour, et qui s'est montré inlassable à nous renseigner, nous a longuement parlé de la répartition des jeunes arriérés dépistés et à placer, du soin qui était mis au triage et à l'orientation, avant tout soumis à des critères d'éducabilité. L'erreur du placement à tout prix ne sévit pas en Belgique, et la Commission spéciale de la députation permanente provinciale s'efforce d'éviter les placements abusifs. La plus grande circonspection est de mise : jamais, en Belgique, on ne mélangerait, dans le même établissement, le simple arriéré et le dément infantile en général, le schizophrène en particulier. Le dément précoce, qui a besoin de locaux et de traitements très spécialisés, est, lui, adressé au psychiatre, et reçu dans des « quartiers » d'Hôpitaux psychiatriques, où ne se trouve aucun oligophrène de moins de 20 ans. On ne peut que s'incliner, devant cette conception d'élémentaire différenciation, qui donne à cha-

que enfant, déficient congénital ou altéré acquis, sa chance spécifique.

Le récit de nos visites dans les établissements qui nous ont été indiqués par le Docteur Bruyninckx ne sera pas chronologique. D'abord, nous ne pouvons parler de tout ce que nous avons vu, cette méthode nous exposant à des répétitions inutiles. Par ailleurs, dans la perspective de nos préoccupations axées très particulièrement sur ce que l'on fait de l'arriéré semi-éducable en Belgique, il nous a semblé bon d'établir un ordre de préséance et de parler d'abord de ce qui nous a le plus favorablement frappé dans le cadre de notre étude, ce qui ne signifie pas que les Maisons dont nous dirons un mot pour finir ne sont pas aussi d'excellentes réalisations.

La Ferme-Ecole de Waterloo est un établissement de la province du Brabant, à 18 kilomètres environ de Bruxelles, vers le Sud, sur la ligne de Charleroi. Ouvert en 1926, il reçoit des garçons et des filles de 6 à 21 ans, dépendant la plupart du Fonds commun d'assistance du Brabant. Sa vocation est de traiter des semi-éducables plus encore que des éducables, puisque le Q.I. d'admission est fixé aux limites 0,60-0,80 ; comme il se doit, on y accepte des caractériels légers et moyens, à l'exclusion des épileptiques.

Nous avons été reçu fort aimablement à la Ferme-Ecole par son Directeur, M. Masson, et nous voulons le remercier ici de la peine qu'il a prise à nous faire visiter sa Maison dans les moindres détails. Ce qui a pu être autrefois essentiellement agricole n'a plus rien aujourd'hui qui ressemble à une ferme : 14 hectares au total, où les cultures prennent la moindre place, et sur lesquels sont répartis, à longue distance, des pavillons, les uns anciens, mais modernisés à leur intérieur, les autres plus récents. Système pavillonnaire, donc sans style architectural particulier. Les surfaces d'agrément, de déambulation, de jeux et de sports sont extrêmement vastes. Un peu partout, on y rencontre des enfants occupés.

L'effectif actuel est de 200 enfants, parmi lesquels 35 ont été adressés par la voie de justice. Chaque pavillon compte 46 enfants, ce qui peut être considéré comme un nombre limite ; les filles, 25 au total, sont séparées et occupent un demi-pavillon. Un pavillon disposant de 20 lits est réservé à l'infirmerie-observation : nous reviendrons sur ces installations. Un pédo-psychiatre, spécialiste autant que généraliste, le Docteur Vanlo, est attaché à la Maison.

Le recrutement du personnel d'encadrement est d'esprit essentiellement pédagogique : les enfants, soigneusement groupés par équipe, dont les activités dépendent à la fois de l'âge et du niveau, sont entourés par des éducateurs, des instituteurs, des moniteurs professionnels, auxquels il faut joindre quelques veilleurs (eux aussi éducateurs). Quelles que soient leurs fonctions, plus ou moins spécialisées, ils possèdent tous le diplôme d'instituteur ; quelques-uns sont en outre titulaires d'un diplôme d'enseignement spécial des arriérés. Nous avons avec attention examiné quelques dossiers au hasard : outre les renseignements d'ordre physiologique et médical, très complets, qu'ils contiennent, nous y avons trouvé chaque fois une observation quotidienne extrêmement vivante du comportement de l'enfant. Chacun — éducateur, moniteur, instituteur — participe régulièrement à cette observation. Chaque trimestre, on procède à une synthèse aboutissant à un condensé d'observation. Les indications évolutives de l'année sont obtenues par un profil de Vermeylen réduit. A cette observation de l'extérieur, s'ajoute une estimation spontanée de sa conduite par l'enfant, à laquelle il procède chaque soir après la douche. C'est là une méthode non négligeable et susceptible d'apporter des indications intéressantes dans le sens des échanges sociaux.

Bien que le service de psychologie ne fonctionne qu'un jour et demi par semaine, — et probablement surtout en vue des tests projectifs —, les dossiers de niveaux sont régulièrement et parfaitement tenus, le Terman-Merrill étant l'échelle la plus employée. Comme dans tous les établissements de rééducation que nous allons visiter, il n'y a pas, à la Ferme-Ecole, de Service social directement attaché à la Maison ; les enquêtes sociales, qui ne semblent pas systématiques, sont demandées au Centre psycho-médico-social de la province. Mais le dossier contient toujours une notation intéressante résumant la première impression sur le groupe familial. Chaque fois que le milieu familial le permet, l'enfant a droit à une permission mensuelle.

L'organisation des horaires est très souple, suivant les âges et les niveaux. Les moins de 13 ans vont le matin en classe, où ils sont soumis, de façon générale, à des méthodes de globalisation. Après la sieste de l'après-midi, les plus jeunes procèdent à des activités dirigées : dessin, peinture, petite menuiserie, modelage, vitrauphanie, etc... ; les occupations de chaque groupe sont axées sur un thème bien précis. La méthode Decroly, avec ses centres d'intérêt, imprègne l'ergothérapie. A partir de 13 ans, —

et avant si les capacités techniques et de performances prédominent largement sur de médiocres possibilités d'acquisitions scolaires —, les enfants sont répartis dans des ateliers (une douzaine d'enfants par atelier). Nous avons constaté la diversité de ces ateliers, la qualité de leur équipement, ainsi que la maîtrise des moniteurs : menuiserie, cordonnerie, atelier de tailleur, vannerie, tissage (cette dernière activité étant considérée à Waterloo comme de débrouillage et d'excellente rééducation psycho-motrice, un nombre important d'enfants sont mis pour un temps devant les machines à tisser), reliure, encadrement, imprimerie... ; par ailleurs, l'horticulture et la culture maraîchère occupent d'autres équipes. A 13-14 ans, période charnière, au gré du niveau atteint, l'enfant peut être affecté à des classes-ateliers, où l'ensemble de l'activité — scolaire et technique — obéit à des centres d'intérêt. En fin de compte, les apprentissages reçus à Waterloo, sans aboutir à un diplôme d'aptitude professionnelle, sont contrôlés par l'Enseignement technique de l'Etat qui agréé leurs résultats.

L'établissement effectue des placements par ses propres moyens : il dirige en particulier des enfants sur des artisans de la région, fournit aussi quelques manœuvres à l'industrie et réussit un certain nombre de placements agricoles. Tous ces placements sont suivis par le « Groupement post-scolaire », véritable Comité de patronage et de tutelle. M. Masson vient de se mettre en rapport avec les Services éducatifs de l'Armée, dans le but d'ouvrir à certains de ces jeunes des carrières militaires entourées de garanties.

A Waterloo, aucun enfant, quel que soit son degré d'éducabilité, n'est abandonné à l'inaction, et les résultats sont patents, s'inscrivant noir sur blanc dans les dossiers que nous avons ouverts.

Nous ne voulons pas quitter la Ferme-Ecole sans dire un mot du pavillon de l'infirmerie, qui nous a particulièrement impressionné, par les préoccupations, tant humaines que médicales, que révèle son équipement. Sans parler même de la propreté qui y règne, de la perfection de ses installations sanitaires, il faut noter que tous les lits y sont boxés, donnant à l'enfant malade un sentiment indispensable d'intimité. Les teintes des revêtements ont été choisies afin que la netteté ne fasse pas tort au confort, au bien-être général, teintes neutres et chaudes à la fois. Les enfants disposent à l'infirmerie d'un lavabo pour deux. Le chauffage s'effectue par le sol ; tous les éclairages sont indirects.

L'installation de la cuisine, entièrement mécanisée, nous a frappé aussi par le souci qu'elle montre d'efficacité rapide dans la propreté. Malgré la mécanisation, qui va jusqu'à la machine à beurrer les tartines, le personnel reste en nombre important : 7 cuisinières pour 200 pensionnaires.

Nous joindrons maintenant l'une à l'autre les descriptions de deux Instituts médico-pédagogiques pour filles, que nous avons visités à quelques jours de distance, et qui sont dignes d'admiration : d'une part, l'Institut Saint-François, situé à Stryten-Borchtlombeek, à 18 kilomètres à l'Ouest de Bruxelles, vers Ninove ; par ailleurs, l'établissement « Ave-Regina », à l'Est, au-delà de Louvain, vers la frontière allemande. Il s'agit de deux Maisons privées et à direction religieuse. Remarquons en passant qu'en Belgique, l'appellation d'Institut médico-pédagogique n'est pas réservée aux arriérés légers. Dans ces deux établissements, nous avons rencontré des filles de niveau mental fort bas, qui étaient toutes l'objet d'initiatives pédagogiques adaptées.

a) *Stryten-Borchtlombeek*. — L'Institut Saint-François est situé en pleine campagne, assez loin des voies de grande communication. Il est construit suivant un style régional et n'est pas pavillonnaire ; c'est un immeuble-bloc avec deux ailes, comportant une partie assez ancienne et une partie presque neuve, cette dernière, à quatre étages, d'un modernisme agréable.

Quand nous l'avons visité, son effectif était de 200 filles de 4 à 21 ans, avec un nombre sensiblement égal d'enfants largement éducatibles et de semi-éducatibles, la proportion de ces dernières tendant à croître progressivement depuis quelque temps. A noter que, sur ces 200 filles, on compte 54 mongoliennes, soit plus du quart. Auprès de Mme la Supérieure, qui guidait notre visite, nous avons tout de suite souligné le problème de la répartition ; elle nous a dit le grand intérêt qu'il y avait à mettre côte à côte éducatibles et semi-éducatibles ; bien entendu, il y a des groupes séparés, en particulier au point de vue scolaire, mais tout le monde se retrouve et se mélange dans certaines activités dirigées et pratiques, où les meilleurs niveaux apportent leur aide aux moins éducatibles. Les séparations se refont spontanément au cours des promenades collectives. En fin de compte, la gamme des coefficients intellectuels d'admission va de 0,80 à 0,30.

Nous ne nous attarderons pas sur les aspects architecturaux, sur la netteté et la spaciosité des locaux, y compris les couloirs, vestibules, escaliers, et tous dégagements ; les enfants sont à

l'aise dans les réfectoires et elles disposent de très vastes dortoirs de 40 lits ; les plus évoluées sont en petites chambres boxées avec un lavabo pour quatre.

La base essentielle de la thérapeutique est l'occupation. Il y a 12 classes dont les graphiques qui nous ont été montrés établissent la relative homogénéité, avec des institutrices, laïques ou religieuses, dont neuf sont diplômées. Ces classes sont grandes, un peu surchargées de matériel éducatif de toutes sortes, ce matériel étant très souvent fabriqué, dans l'esprit Decroly, par les sœurs elles-mêmes. Dans chaque classe, véritable classe-atelier, les objets fabriqués sont exposés ; on ne peut en dire la diversité, de la couture à la petite menuiserie découpée, en passant par la lingerie et la poupée. L'enseignement ménager est très développé, ne conduisant malheureusement à aucun diplôme. Une classe de plus de 20 mongoliennes, qui étaient toutes intéressées par de menus travaux, a particulièrement retenu notre attention.

L'apprentissage orthophonique est très poussé. On entreprend de rééduquer les énurétiques.

L'Institut Saint-François reçoit la visite quotidienne d'un médecin, mais est privé de toute consultation psychiatrique. Il ne dispose pas d'un service de psychologie : la Supérieure s'efforce de tenir les tests de niveau.

Nous avons quitté Borchtlombeek avec l'impression d'un très vaste dévouement et sur cette parole qui sonne juste : « Même nos niveaux de 0,30 sont éducatibles..., puisqu'elles peuvent toutes faire quelque chose. »

b) *L'Institut Ave-Regina de Lovenjoul-lès-Louvain* est sensiblement du même type, avec plus de confort peut-être, et davantage de soucis médico-psychologiques. Il s'agit d'un très bel ensemble de constructions neuves, fruit d'un legs, érigées dans un grand parc. C'est un internat consacré aux filles éducatibles et semi-éducatibles, de 4 à 21 ans, et que dirigent les Sœurs de la Charité de Gand. Le Q.I. moyen d'admission est de 0,50 ; on y compte de nombreuses imbéciles et aussi quelques mongoliennes. Les épileptiques sont admises. Les élèves sont reçues, d'abord à l'essai, de préférence entre 6 et 16 ans. Après examen et observation, elles sont réparties en petits groupes d'après l'âge, le niveau et les troubles associés, et aussi suivant la langue choisie, wallonne ou flamande. L'effectif, lors de notre visite, était de 280 enfants, parmi lesquelles 50 épileptiques.

Le médecin qui nous a reçu, le Docteur Luc d'Hollander, est

un neuro-psychiatre qui s'intéresse particulièrement à la thérapeutique des diverses catégories d'épilepsie. Des réunions de synthèse ont lieu régulièrement sous sa direction. La psychologie est assurée par une religieuse compétente. Il y a 13 classes dont deux classes professionnelles, un jardin d'enfants et des « Maternelles prolongées ». Là encore, toutes les institutrices, sœurs ou laïques, sont diplômées ; elles procèdent, à intervalles réguliers, à des tests scolaires collectifs. Les classes sont très spacieuses, meublées avec plus de goût qu'à Borchtlombeek, sans matériel pédagogique apparent. Louons encore une fois ici la commodité des dégagements. Toutes les grandes filles évoluées disposent d'un lit coquettement boxé ; il y a pour elles un lavabo individuel.

Orthophonie, gymnastique, jeux variés dans le parc, kinésithérapie par une spécialiste sont à l'honneur et rendent d'éminents services.

A Lovenjoul, nous avons entendu sensiblement le même écho, prononcé avec plus de fermeté, qu'à Saint-François : « Il est malhonnête de séparer la semi-éducable de l'éducable ; elles sont toutes éducatibles en partie. »

Il paraît inutile de revenir dans ce travail sur l'historique et la légende de *Geel*, la Colonie d'Etat de placement familial, bien connue du monde psychiatrique tout entier. Située en pleine Campine anversoise, il s'agit de la deuxième commune de Belgique en surface : 22.000 habitants, et 6.000 ménages dont plus de 2.000 hospitalisent des malades. Nous avons été reçu au Centre psychiatrique de la Colonie de Geel par le Médecin-Directeur, le Docteur Rademækers, qui nous a fourni des explications précieuses sur le placement familial des enfants. En effet, depuis 1922, sous l'impulsion du Docteur Vermeylen, Geel comporte une section importante d'enfants : on nous a dit combien les habitants de Geel se montraient disposés à recevoir ces enfants, malgré que le versement nourricier soit de moins en moins avantageux pour eux. Il n'y a pas assez d'enfants pour satisfaire les demandes ; les gens, là-bas, ont un véritable atavisme dans ce domaine de l'accueil au malade mental, et les résultats vis-à-vis de l'enfant et de l'adolescent sont en général excellents.

L'effectif, lors de notre visite, était de 260 enfants, garçons et filles, les filles en importante minorité. Les enfants de justice sont nombreux. On n'accepte plus d'épileptiques graves, mais on reçoit et on place les niveaux les plus bas, assistant parfois

à de véritables dressages chez les idiots. Le Q.I. moyen est de 0,50, mais, depuis quelques années, le niveau a tendance à s'abaisser considérablement, les Instituts de tout le territoire belge se déchargeant sur Geel lorsque l'enfant très profondément arriéré a atteint un certain âge.

L'admission va de 2 à 21 ans. *Les enfants colloqués sont en nombre infime.*

Nous avons visité une dizaine de placements où nous n'étions pas attendu : d'une façon générale, l'enfant est proprement installé, et véritablement traité comme de la famille ; nous avons vu à l'ouvrage de profonds imbéciles et aussi de jeunes schizophrènes, moins actifs, mais parfaitement adaptés à leur milieu.

Les débouchés sont surtout agricoles, parfois artisanaux : des placements sous contrat sont effectués et contrôlés par le Service social de l'établissement.

Geel représente, pour l'enfant arriéré de bas niveau, une Institution qui devrait être élargie, imitée et multipliée dans tous les pays ; c'est là une formule de lutte active contre l'inactivité et l'entassement stérile. Nous avons vu qu'elle ne s'embarrasse pas de l'internement.

Nous avons tenu à visiter un établissement « pour enfants inéducables », ce mot, m'a-t-on bien précisé, n'étant pas synonyme d'irrécupérable. Nous avons donc été à Ciney, à 30 kilomètres au-delà de Namur, vers la frontière du Luxembourg, afin de voir l'Institut de « L'Enfant-Jésus ».

C'est un établissement religieux comptant, lors de notre venue, 335 enfants de très bas niveaux (imbéciles profonds et idiots, infirmes neurologiques) : des garçons de 3 à 16 ans et des filles de 3 à 21 ans, quelques-unes de ces dernières étant susceptibles, après 16 ans, d'apporter un peu d'aide ménagère. Ciney compte un cinquième d'épileptiques et environ 60 % d'énurétiques. L'admission, très stricte, ne peut être prononcée au-dessus d'un Q.I. de 0,50. Il est entendu qu'aucun enfant n'est interné. Les sexes sont soigneusement séparés, sauf pour les tout-petits.

Quelques faits très concrets nous ont frappé : d'une part, la parfaite organisation matérielle, dans des locaux spacieux et propres, séparés par des dégagements très larges, malgré la présence de ces 300 enfants, plus ou moins criards ; et aussi, autour des installations sanitaires et dans les salles d'alitement, la quasi-absence d'odeurs. Il convient du reste de remarquer que ces salles d'alitement sont inoccupées le jour : les enfants maintenus au lit sont très rares et, lors de notre passage, nous avons

compté au total trois grabataires, du fait de leur état général. La Maison de l'Enfant-Jésus ne conserve pas les enfants déments.

Cet établissement, dont la surface est assez réduite, ne donne cependant, en aucun lieu, l'impression d'encombrement. Des bâtiments nouveaux, d'aspect un peu froid à notre avis, sont en voie de finition pour les filles. Toute l'installation économique (cuisines, buanderie, lingerie, etc...) est, à cette occasion, en train de se moderniser.

Le personnel est peu nombreux, mais à Ciney on s'efforce par tous les moyens (jouets divers, chevaux à bascule, balançoires, etc...) de fournir à l'enfant des occupations, des débouchés à sa motricité. Pas d'enfants attachés ; très peu en permanence sur leur vase. Ils sont groupés dans de vastes salles où ils peuvent se déplacer suivant leurs moyens. La chlorpromazine, nous a-t-on dit, serait un excellent facteur, dans l'entreprise d'apaisement et de rééducation à la fois ; les agressifs et les auto-mutilateurs seraient en très nette diminution.

Il n'y a pas à Ciney de pédagogie spécialisée, mais l'établissement compte une classe où les enfants vont par groupe, — chacun une heure ou deux par jour. Les examens psychologiques sont entièrement assurés par une religieuse. Il n'y a pas de Service social et, dans 50 % des cas, il n'y aurait aucun rapport avec les familles, bien souvent déclassées.

L'installation médicale est suffisante avec un excellent poste radiologique.

Ces profonds arriérés arrivés à l'âge limite sont répartis sur des sections spéciales d'Hôpitaux psychiatriques ; chaque fois que cela est possible, il n'y a pas de formalités d'internement, et l'adolescent est dirigé sur la Colonie de Geel.

L'Institut médico-pédagogique de Rixensart est une œuvre nationale dépendant du Centre national de l'Enfance. Elle reçoit des filles de 5 à 21 ans, — 135 à l'effectif, dont un quart environ adressé par la justice. Ce sont toutes, en principe, des arriérées mentales éducatibles, capables de suivre pour le moins un enseignement primaire ; parmi elles, quelques retardées pédagogiques. Trois sur quatre ont des anomalies caractérielles. Les exigences psychologiques à l'admission sont : 0,70 à la partie verbale du Wechsler ; il se trouve que la plupart de ces filles, réussissant mieux dans le secteur performances, montrent des possibilités pratiques excellentes. La psychologie est d'ailleurs très développée à Rixensart : la Directrice, Mlle Declerck, entou-

rée d'assistantes et de plusieurs stagiaires, y est spécialisée. Terman et Wechsler sont systématiques.

Au cours de notre visite, nous nous sommes enquis des méthodes employées ; il nous a été répondu : « Rien de doctrinal ; il s'agit de toujours chercher, à propos de chaque cas. » Il n'y a pas à Rixensart d'éducatrices spécialisées, mais chacun s'emploie à la thérapie de groupes : chorales, musique, jeux, éducation physique de plein air, gymnastique, etc... Il semble que la pédagogie reste assez empirique, et que les leçons scolaires, le plus possible individualisées, soient surtout destinées à rechercher le contact.

L'établissement possède un Service social ; dans 80 % des cas, la situation familiale est difficile, sinon inextricable. Rixensart cherche surtout à être un Centre d'observation et de recherches, dans le domaine psycho-social. Un excellent pédiatre y est attaché, mais, encore ici, pas de psychiatre.

Au point de vue scolaire, on trouve dans cet Institut une « Maternelle prolongée », six degrés primaires, quatre classes professionnelles (coupe, couture, ménage et cuisine, sténo-dactylo). On cherche à former des jardinières d'enfants. Comme à Waterloo, presque toutes les filles passent une période de débrouillage psychomoteur au métier à tisser.

« Le dépistage est souvent bien tardif », nous dit la Directrice. Quant aux débouchés, c'est encore là le point sombre : « Problème complexe et ardu que de préparer le mieux possible l'avenir professionnel de ces enfants. » Rixensart cherche, et c'est juste, à donner une formation professionnelle générale, une habitude d'occupations groupées davantage qu'un métier : si l'on parvient à former de bonnes aides familiales, des puéricultrices, des gardes-malades, etc..., l'on a fort bien réussi, compte tenu de l'absence de cadre familial la plupart du temps. Les métiers de vendeuse et de coiffeuse, très souhaités par les filles, ne sont pas particulièrement poursuivis. Il faudrait partout des diplômes reconnus et des organismes de suite.

Cette Maison nous est apparue comme un excellent établissement où l'on poursuit réellement des perspectives. Nous ne pensons pas utile d'évoquer les conditions matérielles d'existence de ces enfants : nous avons vu une infirmerie très récente avec 12 lits d'isolement..., et une chambre pour les punies, des réfectoires très larges où les filles sont groupées par tranche d'âges, des chambrettes respectant l'intimité pour les plus grandes et les plus évoluées.

Il nous reste à dire un mot de quelques établissements, dont la visite nous avait été conseillée par le Docteur Bruyninckx, et qui nous ont mis, malgré l'intérêt de chacun, quelque peu en dehors de l'objectif précis de notre voyage.

Nous avons passé une après-midi au Foyer des Orphelins, à Molenbeek-Saint-Jean, dans la grande banlieue de Bruxelles. Il s'agit d'une œuvre privée, fondée dans sa partie principale en 1914, sous l'inspiration du Docteur Decroly, et qui n'a fait que se développer depuis sous la forme de plusieurs filiales. Ce sont de véritables homes d'enfants déficients qui, d'abord éparpillés dans l'agglomération bruxelloise, ont été regroupés en 1936 en une vaste Cité, et spécialement équipés. On y trouve une section médico-pédagogique, « Clarté », pour arriérés éducatifs des deux sexes (niveau limite d'admission : 0,70) ; une section pour débilés physiques, dite la « Cité Joyeuse » ; enfin, une Fondation qui s'assigne pour mission de soigner et d'instruire des enfants atteints de troubles moteurs, — estropiés et infirmes —, en vue d'une réadaptation à la vie normale.

Nous nous sommes spécialement intéressé à la partie médico-pédagogique qui reçoit des garçons et des filles depuis deux ans jusqu'à leur majorité ; le principe est de constituer des groupements mixtes familiaux, — jusqu'à 11 ans pour les garçons, les grandes filles restant avec les petits garçons. Il s'agit ainsi de homes, dont l'organisation est très souple dans les deux sens, certains enfants venant de l'extérieur pour fréquenter les classes qui fournissent une sorte d'enseignement de perfectionnement ; certains autres, internes en semi-liberté, sortant en ville pour aller vers l'école extérieure ou dans des classes professionnelles.

Les activités proprement scolaires et les « activités dirigées » ont lieu dans les mêmes locaux ; il faut regretter que les bâtiments qui groupent ces classes-ateliers ne soient pas plus étendus et ne réservent à chaque enfant qu'une très petite surface, ceci à l'opposé de tout ce que nous avons vu jusqu'alors. Les classes sont réellement étroites et les couloirs sans dégagement ; il y a assez peu de matériel éducatif en circulation. Les institutrices et les monitrices d'enseignement professionnel sont toutes diplômées.

Nous tenons à faire mention de deux classes spéciales que nous avons visitées dans la section réservée aux infirmes et estropiés : une classe, scientifiquement très au point, pour la médico-pédagogie des « paralysies cérébrales infantiles » (traitements divers, massages et relaxation, rééducation de la parole, etc...), et une autre classe pour les séquelles de poliomyélite.

Le Docteur Dealomans, qui conduisait notre visite, et qui s'intéresse particulièrement à ces derniers cas, ne nous a pas renseigné pour ce qui touche les débouchés et les placements.

Beaucoup de bon travail semble être accompli à Molenbeck-Saint-Jean, mais nous en avons retiré l'impression d'une entreprise d'aspect très philanthropique, un peu paternaliste, et assez close sur elle-même.

Nous avons par ailleurs consacré une matinée entière à la visite d'un Hôpital psychiatrique pour hommes, l'Institut Saint-Camille, à Corbek-Lo, qui comprend une section pour les grands arriérés à partir de 16 ans. Ce sont des garçons qui ne peuvent être reçus dans aucun Institut, ou qui sont trop âgés pour pouvoir être conservés parmi les inéducables des établissements mixtes, comme celui de Ciney. L'Institut Saint-Camille est architecturalement, dans son style néo-flamand, un très bel Hôpital psychiatrique. Sa disposition est pavillonnaire, avec de vastes espaces entre les pavillons. Dirigé par les Frères de la Charité de Gand, médicalement tenu par un psychiatre à plein temps, le Docteur de Wulf (que nous remercions de son aimable conduite), il compte 850 malades... et apparemment fort peu de personnel. L'encadrement est assuré par 30 Frères, tous rompus à leur métier.

En réalité, il n'y a pas à Corbek-Lo de pavillon réservé aux adolescents : ceux-ci sont largement mélangés avec des adultes et partagent leurs activités. Le pavillon est très vaste et semble animé, mais les activités nous ont paru fort sédentaires et monotones. Il y a quelques petits travaux à la chaîne, des jeux, mais beaucoup de ces adolescents arriérés profonds se sont montrés à nous très « asilaires », dans des conduites où l'on tourne en rond. Nous avons gardé de cette visite l'impression d'une usine à entretenir les malades, — comme nous en comptons d'ailleurs un certain nombre encore en France.

Nous ne pouvons clore le récit de nos visites sans dire tout le bien que nous pensons de la Fondation Marguerite-Marie-Delacroix, la magnifique pouponnière de Tirlemont, médicalement dirigée par le Docteur Van Vorbek. Cette pouponnière, fondée par Mme Delacroix, Présidente de l'Œuvre nationale de l'Enfance, accueille les enfants de 0 à 3 ans. Particulièrement consacrée à son origine aux prématurés, sans préjugés à propos de leur état neuro-physiologique, elle a été amenée à recevoir peu à peu des bébés atteints d'anormalités graves. La nécessité a imposé, à l'occasion d'une série de toxicoses graves, nous dit le

Docteur Van Vorbek, que, de pédiatrique pure, l'établissement devienne de plus en plus psychiatrique. Soixante-cinq places au total, réparties en chambrettes de quatre lits, boxes d'oxygénation, perfection de propreté et minutie d'organisation, climatisation constante avec air absorbé et ventilé, chauffage par rayonnement, insonorisation rigoureuse, rien ne semble laissé au hasard à Tirlemont. Un personnel, dévoué sans cesse à une tâche prenante, est recruté et formé sur place, sous la direction de puéricultrices. La récupération vitale est ici maxima. Nous avons rencontré à Tirlemont, soignées « pour les défendre », toutes les catégories neuro-pathologiques des plus profondes arriérations.

Sur notre demande, le Docteur Bruyninckx nous avait aménagé deux entrevues qui paraissaient indispensables : l'une au Ministère du Travail, touchant à la question des débouchés offerts à l'enfant arriéré rééduqué ; l'autre au Ministère de l'Instruction publique, concernant les enseignements spéciaux, existants ou en voie de réalisation.

Comme en France, le problème des débouchés reste entier ; on commence à penser à créer des ateliers protégés spéciaux ; d'autre part, seraient en perspective des textes imposant un certain pourcentage d'emplois pour les déficients mentaux dans les entreprises. Cette défectologie pratique est à l'état d'ébauche. A l'heure actuelle, il n'y a en Belgique pratiquement pas de débouchés organisés dans le domaine urbain et artisanal, et tout est laissé au hasard de la bonne volonté et de l'improvisation. De timides initiatives sont en cours sur le plan syndicaliste.

Au point de vue des enseignements spéciaux, il n'y a, nous a dit M. Mario Coulon, Conseiller pédagogique au Ministère de l'Instruction publique, ni doctrine, ni catégorisation ; un vaste projet est cependant en voie d'élaboration dans ce domaine et l'on procède actuellement, dans ce sens, à un recensement de l'enfance arriérée par catégories.

Le Ministère exerce un contrôle, assez discret, sur les instituteurs et institutrices en fonction dans les établissements de rééducation privés et publics ; il accorde des subsides d'après les niveaux des élèves et veille à ce que ceux-ci se rapprochent le plus possible des degrés primaires normaux. Les Ecoles normales catholiques sont reconnues. Il n'y a pas de diplôme spécial pour la pédagogie des enfants arriérés. Les diplômes d'établissements ne sont pas considérés comme des certificats d'aptitude professionnelle ; cependant, la Ferme-Ecole de Waterloo est depuis peu de temps reconnue comme une Ecole technique.

Nous n'avons pas eu le loisir de nous enquérir du recrutement et du statut du personnel subalterne dans les diverses catégories d'établissements visités, — privés ou publics, de province ou d'Etat.

Ce qui nous est apparu partout louable, c'est le fait que l'ensemble du personnel qui entoure les enfants, de près ou de loin, est imprégné de soucis pédagogiques : chacun est là, dans sa sphère, si petite soit-elle, pour éduquer, — faire agir et, de la sorte, faire progresser. Que, dans ces conditions, l'on ne pousse pas en Belgique à la diffusion d'un diplôme spécial d'enseignement aux arriérés, que l'on forme moins que chez nous des « éducateurs », tout cela perd de son importance. Ce qui compte ici, dans chaque Maison, c'est la stricte *organisation pédagogique*. L'exemple de Waterloo est excellent, avec ses éducateurs, enseignants, moniteurs professionnels, veilleurs, tous ayant reçu une formation commune, tous munis du diplôme d'instituteur. A travers l'ensemble des activités de la journée, il s'agit de faire que l'enfant arriéré apprenne ; mais, ce qu'il faut lui apprendre, c'est de vivre avec agrément et de façon utile, pour chacun, suivant le niveau d'une arriération que l'on aura cherché à combler du mieux possible. C'est cette entreprise pédagogique généralisée qui nous a surtout frappé en Belgique. Peut-être, en marge de ce point capital, manque-t-il un peu partout un service d'observation psychologique régulière ; peut-être les tests de niveaux gagneraient-ils à être appliqués plus souvent et à s'entourer d'investigations projectives. Mais ce n'est pas un grand mal. Par contre, l'absence de psychiatres infantiles, dans bien des endroits, nous a paru une insuffisance.

Nous nous sommes rendu compte combien les méthodes du Docteur Decroly restaient partout à l'honneur, ces méthodes efficaces en ce qu'elles ont de concret, de sensoriel et de global à l'occasion de thèmes généraux. De l'observation à la pratique, en passant par le dessin, le récit et le calcul, tel est l'enchaînement naturel qui mène l'enfant à prendre possession des choses et à savoir les utiliser. Nous avons tenu à nous rendre au berceau de la méthode maintenant si répandue, l'Ecole Decroly, fondée en 1901, où nous avons assisté à des applications intégrales. C'est d'ailleurs une véritable Ecole d'application. On y admet jusqu'à concurrence de cinquante garçons et filles, la plupart internes, de 6 à 13 ans. La limite inférieure d'admission est de 0,70. Certains enfants sont conservés jusqu'à l'âge de 16 ans. Les classes sont de véritables ateliers à penser comme à agir.

Il n'y a pas à l'Ecole Decroly de personnel dit éducatif ; par

contre, un psychiatre est attaché à l'établissement, car une forte proportion des enfants, dont l'arriération est en rapport avec un contexte social, pose des problèmes quotidiens de caractère et de conduite. Sous la direction de la Doctoresse Jadot-Decroly, la partie psychologique est extrêmement développée et tend à aboutir à de larges analyses cliniques.

L'ensemble de ces visites et entretiens nous a permis de prendre une connaissance concrète et de nous convaincre de l'excellente organisation de la Belgique dans le domaine de l'assistance à l'enfant arriéré, — en particulier de tout ce qui est entrepris sur le plan médico-pédagogique en faveur de l'enfant et de l'adolescent débiles profonds.

Les points suivants nous ont paru déterminants, aussi bien sur le plan humain que sur celui de l'efficiencia :

1° L'Administration de la Santé publique est justement prédominante pour tout ce qui touche la création, l'organisation et le contrôle des Maisons pour enfants mentalement anormaux.

2° Le dépistage a ainsi des chances supplémentaires d'être parfaitement assuré, et les placements dans les établissements spécialisés s'effectuent suivant une répartition très souple.

3° En même temps qu'a disparu la pratique de la collocation-internement de l'enfant arriéré (sauf cas exceptionnels), confirmation a été donnée qu'il n'existe pas de grands arriérés totalement irrécupérables.

4° Une très stricte catégorisation des Instituts spécialisés correspond à des réalités vivantes de dressage et d'éducation.

5° *Les arriérés semi-éducables sont groupés avec les éminemment éducales.* C'est là une pratique capitale basée sur le fait que les efforts éducatifs accomplis en faveur des niveaux supérieurs favorisent considérablement, par contre-coup, les entreprises pour les semi-éducables. Ce « semi-éducale » est une réalité incontestable ; sa définition, quelle que soit la profondeur de son arriération, va inclusivement, pour chaque cas, jusqu'à l'expérience effectivement faite de mettre ou non l'enfant en activité.

Les inéducales, — ils existent aussi —, ceux qui en restent aux petites activités purement mécaniques, sont dirigés sur des établissements spécialisés ; ils y sont entre eux, et ne sont pas considérés en bloc comme des « gâteaux » ou des « grabataires » dont il n'y a rien à faire. On cherche à les mettre en occupations, même réduites.

6° Les arriérés ne sont jamais, en Belgique, mélangés à des déments.

7° Les attentions médico-psycho-pédagogiques apportées à l'enfant arriéré à perfectionner doivent répondre, chez ceux et celles qui les dispensent, à des goûts et des tendances, et s'appuyer sur une formation très spécialisée. Dans ces conditions d'esprit pédagogique collectif, la surveillance qui, ailleurs, engloutit tellement de personnel pratiquement inutile, s'effectue d'elle-même, sans qu'elle constitue un souci primordial.

8° Les efforts de rééducation psychomotrice en faveur des « estropiés » sont considérables, et s'accomplissent scientifiquement.

9° Les activités dirigées et orientées, dans les Instituts médico-pédagogiques de Belgique, sont extrêmement développées ; la thérapeutique essentielle est celle qui s'effectue, en groupes limités, par le travail et les jeux.

10° Les établissements spécialisés pour l'enfance arriérée ont intérêt, pour leur bonne tenue, et en faveur de l'atmosphère thérapeutique générale, à disposer de surfaces et de cubages apportant la spaciosité, ainsi que des dégagements, qui évitent l'entassement et les frictions. La Belgique est excellemment dotée à ce point de vue.

11° Il n'y a pas, en Belgique, de formation à des enseignements spéciaux, mais probablement, dans les conditions de pédagogie pratique que nous avons observées, peut-on s'en passer.

12° Enfin, le problème de l'organisation des débouchés socio-professionnels reste, en Belgique comme en France, entier : orientation professionnelle spécialisée, formations professionnelles accélérées de niveau réduit, placements urbains, artisanaux et industriels, homes d'accueil et de semi-liberté, ateliers protégés..., tout est à mettre en place.

La perfection, en Belgique, de l'assistance médico-pédagogique à l'enfant arriéré, même profond, mériterait que soit menée à bien une organisation de « suite », conduisant l'enfant traité jusqu'à son classement professionnel.

Lorsque j'évoque tous les gens de bonne volonté que j'ai rencontrés au cours de mon bref voyage en Belgique, et qui se consacrent à l'éducation de l'enfant arriéré, il ne fait pour moi aucun doute que, dans un avenir très proche, des efforts vont être déployés et des organismes mis en place, afin que le débile, garçon ou fille, que l'on aura débrouillé, accède au solide métier.

TROUBLES NEURO-PSYCHIQUES ET MODIFICATIONS ELECTROENCEPHALOGRAPHIQUES AU COURS DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LA CYCLOSERINE.

par

MM. R. NAQUET, J. RESENDE, F. BROUILLET
et R. SOULAYROL (Marseille)

Depuis le début de l'utilisation de la cyclosérine en 1955, toute une série de travaux portant sur les effets thérapeutiques et toxiques de ce nouvel antibiotique ont été réalisés.

Laissant volontairement de côté les effets thérapeutiques de ce produit, nous nous attacherons surtout à l'étude des accidents qu'il peut provoquer, accidents se rapportant principalement à la sphère neuro-psychiatrique.

Les travaux expérimentaux d'Anderson (1956) ont montré que la cyclosérine avait des effets toxiques prédominant au niveau du système nerveux chez la souris surtout, et éventuellement chez le rat, au cours d'intoxications expérimentales aiguës, mais non chroniques.

Les travaux cliniques de Kendig, S. Charen et Lépine (1956) ont montré qu'au cours du traitement n'apparaissaient, chez les sujets examinés, que quelques troubles neuro-psychiques.

Plus importants sont les résultats de Murray (1956) portant sur 141 tuberculeux traités pendant trois mois ; de son étude neuro-psychique et électroencéphalographique, il ressort que 18 malades ont présenté des troubles neuro-psychiques, dont huit des crises comitiales ; cet auteur signale d'autre part qu'il n'a pu prévoir, sur les données électroencéphalographiques anté-

rieures au début du traitement, les modifications électriques enregistrées par la suite chez certains malades. Il ne signale pas de corrélations évidentes entre les troubles neuro-psychiques et les modifications électroencéphalographiques.

De nombreux auteurs (Storey et coll., 1956 ; Lévy-Valensi et coll., 1956 ; Zaffian et coll., 1956 ; Morvan et Saint-Pierre, 1956) signalent l'apparition de crises comitiales et de troubles psychiques au cours du traitement par la cyclosérine. Sur un total de 214 cas suivis par ces auteurs, on trouve 34 crises comitiales, soit 15 %.

Plus récemment, Guyotat et Routier (1957) ont étudié les effets de la cyclosérine sur deux groupes de malades : l'un qui comprenait les tuberculeux de sanatoria (51 cas), l'autre comportant des malades traités dans un hôpital psychiatrique (10 cas). De leur étude, il ressort que les antécédents psychiatriques proprement dits ne sont pas une contre-indication du traitement, mais que les conditions de vie sociale anormales, un long passé sanatorial et l'existence de conflits sont au contraire des facteurs favorisants importants dans l'apparition des troubles psychiques. Ils signalent enfin que, chez les malades mentaux, le syndrome psychiatrique peut se transformer en une forme différente de troubles mentaux. Ils ne signalent pas, d'autre part, de relations étroites entre les tracés électroencéphalographiques et l'apparition de troubles psychiques.

Nayrac et Beassart, enfin (1957), viennent de publier leurs résultats électroencéphalographiques et cliniques.

Ces travaux fort intéressants sont cependant disparates, certains auteurs s'étant penchés plus volontiers sur les phénomènes neuro-psychiques, d'autres uniquement sur les modifications électroencéphalographiques ; c'est pourquoi nous avons jugé utile de reprendre cette étude en tentant d'établir des corrélations pendant un long intervalle de temps entre les données cliniques et électroencéphalographiques qui peuvent survenir au cours du traitement par la cyclosérine.

Technique. — Sur un nombre important de malades suivis à l'hôpital Sainte-Marguerite et adressés au laboratoire d'électro-encéphalographie de l'hôpital de la Timone, nous n'avons retenu que 18 malades, qui ont pu être examinés de façon parallèle, mais indépendante, d'une part sous l'angle électro-encéphalographique, et d'autre part sous l'angle neuro-psychiatrique.

Les 18 malades présentaient, du point de vue tuberculose pulmonaire, aussi bien des formes jeunes (infiltrats ou lésions ulcéro-

caséuses), que des formes anciennes et scléreuses ; il y avait 9 hommes et 9 femmes, répartis entre 20 et 61 ans.

La cyclosérine utilisée était de la d-cyclosérine, administrée uniquement par voie buccale, à des doses variant entre 0,50 et 1 g. 25, pendant une durée de dix jours à dix mois. Pendant la durée de cette thérapeutique, toutes les drogues (ou médicaments) anti-tuberculeuses avaient été arrêtées, aucune médication anti-convulsivante n'a été instituée préventivement. En revanche, dans quelques cas particuliers, de la vitamine B6 ou un traitement gardénalique à des doses de 0,05 ou 0,10 cg. par jour ont été administrés pendant quelques jours ou même quelques mois.

Du point de vue neuro-psychiatrique, tous les malades ont subi, pendant la durée de la thérapeutique et à intervalles réguliers, un examen neurologique et un interrogatoire psychiatrique associé dans un certain nombre de cas au questionnaire Cornell-Index.

Du point de vue électro-encéphalographique, tous les malades ont subi un ou plusieurs examens avant l'institution du traitement. Les malades présentant des anomalies spécifiques de comitialité ont été éliminés de cette série.

Chaque malade a eu ensuite un examen électro-encéphalographique tous les dix jours pendant toute la durée du traitement (15 à 25 tracés par malade). Tous les malades ont été enregistrés sur des appareils REEGA XV ; l'examen comprenait une exploration standard au repos, suivie d'une épreuve d'hyperpnée et d'une stimulation lumineuse intermittente.

RÉSULTATS

Dans les données cliniques, nous tenterons tout d'abord de préciser l'étiologie, nous analyserons ensuite les troubles psychiques et neurologiques relevés au cours de l'enquête, nous aborderons ensuite l'étude électroencéphalographique ; enfin, dans un dernier chapitre, nous tenterons d'établir des corrélations entre les données cliniques et électroencéphalographiques et d'en tirer des conclusions.

1° *Données cliniques.* — 12 malades sur 18 ont présenté sous l'effet de la thérapeutique des modifications neuro-psychiques. Il est difficile d'établir des relations entre l'âge des malades et l'apparition de ces troubles, étant donné le trop petit nombre de cas ; nous signalerons cependant que deux des malades les plus âgés ont présenté le même type de troubles que le malade le plus jeune.

Les sujets de sexe féminin nous ont semblé être le plus sus-

ceptible de présenter des troubles psychiques (8 femmes pour 4 hommes).

La forme anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire n'intervient en aucune manière sur la survenue des accidents d'ordre neuro-psychique.

L'apparition des accidents nous a semblé indépendante de la dose journalière du produit, les troubles étant apparus aussi bien chez des malades prenant 0,50 gr. par jour que 1,25 gr. Ces constatations sont analogues en ce qui concerne la dose totale ingérée, puisque certains malades ont vu apparaître leurs troubles psychiques pour une dose de 32 gr. du produit et que d'autres après 290 gr. n'avaient présenté aucun trouble de la série neuro-psychiatrique.

Dans certains cas particuliers, nous avons recherché la concentration sanguine de cyclosérine, mais nous n'avons trouvé aucune relation nette entre le taux sanguin et l'apparition des troubles neuro-psychiques. En effet, des troubles psychiques ont pu survenir chez les sujets présentant une concentration de cyclosérine dans leur sang égale à 140 mgr., 40 mgr. ou même 6 mgr. par litre.

a) Les troubles psychiques : Sur 12 malades ayant présenté des troubles psychiques, ceux-ci sont survenus le plus souvent assez précocement, une semaine après la première prise du médicament. En effet, chez huit d'entre eux, les troubles sont apparus entre quelques jours et un mois après la première prise. Chez trois d'entre eux seulement, les troubles n'ont fait leur apparition qu'entre le 3^e et le 12^e mois. Chez une dernière malade, les troubles psychiques ne se sont révélés brutalement qu'au 8^e mois, nécessitant alors l'arrêt du traitement.

Les antécédents psychiques et la personnalité antérieure du sujet nous semblent jouer un rôle important dans l'apparition et le type des modifications neuro-psychiques rencontrées. C'est ainsi que, parmi nos 12 malades : on trouvait chez 10 des antécédents psychiques nettement pathologiques (deux fois des épisodes étiquetés « dépression nerveuse », une fois des crises névropathiques), quatre avaient une personnalité névrotique nette, trois étaient des éthyliques invétérés, deux seulement étaient exempts de tous antécédents.

Les sujets au tempérament sthénique, hypersympathicotonique semblent réagir au traitement par un état d'excitation plus ou moins accusé (3 cas). Les sujets habituellement asthéniques

avec tendance à la dépression réagissent aussi par des états d'excitation, mais comportant néanmoins une note anxieuse.

Neuf malades ont présenté, après une première phase de somnolence, une insomnie avec agitation nocturne et une prépondérance de phénomènes oniriques avec cauchemars.

Chez six de nos patients, peu après le début du traitement, nous avons constaté un certain degré d'excitation intellectuelle, caractérisé par un désir accru d'activités intellectuelles (lecture ou travail), un meilleur enchaînement des idées, une meilleure faculté d'expression, une plus grande attention et compréhension et enfin une mémoire plus fidèle.

La cyclosérine a fait apparaître des troubles de l'affectivité dans 10 cas (cinq fois augmentation de l'émotivité, cinq fois apparition d'une certaine anxiété).

Des troubles du caractère et de l'humeur ont été signalés dans neuf cas, avec irritabilité exagérée dans sept cas, auxquels s'ajoutaient des idées de persécution dans deux cas, accessibles malgré tout à une auto-critique.

A côté de ces modifications psychiques mineures, ces malades ont présenté de véritables états psychotiques, réalisant soit des états d'excitation, soit des dépressions, soit un état confusionnel.

Etats d'excitation : Ils sont les plus fréquents et ont été observés dans neuf cas. Dans cinq cas, il s'agissait d'une modification de l'humeur dans le sens de la jovialité et de la familiarité, avec rires fréquents, augmentation de l'activité sans agitation véritable, parole facile et exposition des idées plus rapide. Dans deux cas, il s'agissait d'un véritable état maniaque avec agitation psychomotrice, succession frénétique des actes et des idées, logorrhée, note discrète d'excitation érotique, rires et jeux puérils. Dans deux cas, il s'est agi de crises d'agitation névropathique avec pleurs, attitudes théâtrales, perte de connaissance. Enfin, chez un sujet éthylique, une véritable crise d'agitation nocturne avec onirisme a été signalée.

Etats de dépression : Ils sont beaucoup moins fréquents, souvent alternant avec des épisodes d'excitation ; nous les avons rencontrés quatre fois. Un de nos malades a présenté enfin un épisode assez court de confusion mentale avec désorientation, onirisme et hallucinations visuelles et auditives, dans la semaine qui a suivi la première prise de cyclosérine.

b) Les troubles neurologiques : Chez aucun de nos malades n'est survenue de crise comitiale. Un seul a eu quelques secousses musculaires pouvant évoquer des myoclonies ; ce malade pré-

sentait de façon concomitante un ralentissement de son tracé électroencéphalographique, mais sans que ses troubles cloniques aient une traduction électrique.

L'atteinte du VII, dans sa branche cochléaire, semble avoir été assez fréquente : quatre de nos malades ayant présenté des bourdonnements d'oreilles, des sifflements et une baisse de l'acuité auditive.

Si le malade avait perçu antérieurement des acouphènes, au cours d'un traitement par streptomycine, ceux-ci sont revenus avec les mêmes caractères ou ont été exacerbés pendant la thérapeutique par cyclosérine.

Chez la plupart des malades, on a trouvé une hyperréflexivité ostéo-tendineuse diffuse, sans signe d'irritation pyramidale ; quelques-uns ont présenté des paresthésies prédominant aux extrémités, sans troubles objectifs de la sensibilité.

2° *Données électroencéphalographiques.* — Avant le traitement par cyclosérine, les tracés de nos 18 malades étaient constitués : 14 fois par des activités alpha, occupant les régions postérieures, non modifiées par l'épreuve de l'hyperpnée ; quatre fois par des rythmes complexes, associant des bouffées alpha postérieures, des rythmes en arceaux dans les régions rolandiques et quelques bouffées thêta généralisées survenant de façon paroxystique (l'épreuve de l'hyperpnée provoquait un net ralentissement dans ces quatre cas).

Ces deux groupes de tracés, considérés comme normaux, ne présentaient notamment aucun caractère de comitialité, ni aucun signe traduisant une altération nette des structures sous-corticales.

a) Sur 18 malades traités par la cyclosérine, sept ont conservé pendant toute la durée du traitement des tracés strictement normaux, tandis que 11 ont vu leurs tracés se modifier dans un même sens :

ralentissement du rythme de fond ;

apparition d'une hypersynchronie lors de l'épreuve de l'hyperpnée ;

apparition d'anomalies de type delta plus ou moins généralisées.

Nous n'avons jamais constaté d'accélération du rythme ou l'apparition d'anomalies spécifiques de comitialité.

Modifications du rythme de fond : Elles sont apparues dans sept cas ; elles ont été soit discrètes (diminution de la fréquence

de 1/2 à 1 c./s.), soit plus importantes (de 2 à 3 c./s.) : le rythme passant par exemple de 10 c./s. à 6-7 c./s.

Modifications lors de l'épreuve de l'hyperpnée : Un ralentissement pouvant aller jusqu'à l'apparition d'une hypersynchronie de type delta a été noté dans six cas. Dans quatre cas, il ne s'agissait que d'une accentuation de l'hypersynchronie, déjà observée lors du tracé de repos. Dans un cas, l'hypersynchronie était la seule modification, alors que, dans un autre, elle était associée à un ralentissement du rythme de fond.

Apparition des anomalies delta : Dans cinq cas, au ralentissement global du rythme de fond, se sont superposées des anomalies encore plus lentes, appartenant à la bande delta, réparties soit de façon sporadique, soit groupées en bouffées monorythmiques. Elles prédominaient alors soit dans les régions antérieures (fig. 1), soit dans les régions postérieures. Leurs images réalisaient le plus souvent l'aspect d'anomalies de type transmis.

La stimulation lumineuse intermittente n'a jamais fait appa-

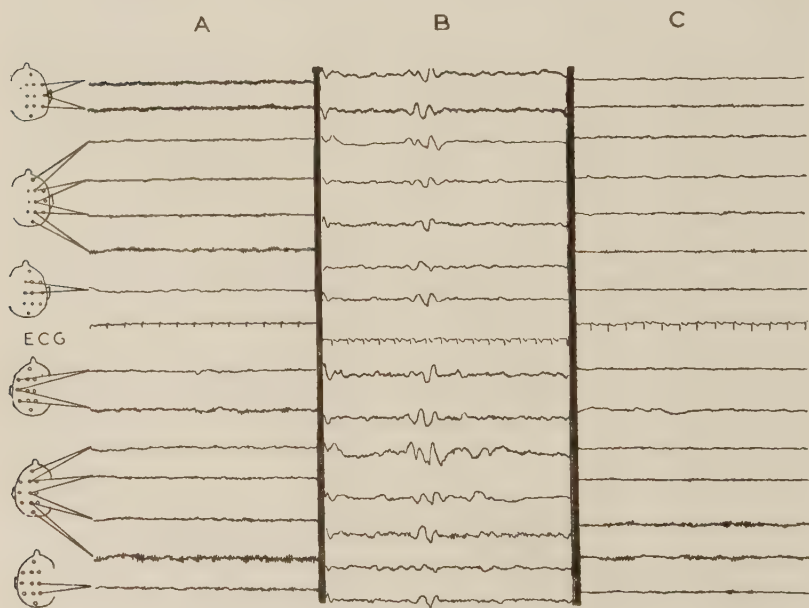


FIG. — Mme B..., 62 ans, tuberculose pulmonaire excavée. A) Le 13 juillet 1956 : tracés de repos normaux. — B) Le 10 août 1956 : dix jours après institution d'un traitement à base de cyclosérine (0,75 g. par jour), apparition de décharges delta généralisées, au repos. — C) Le 31 août 1956 : la cyclosérine a été arrêtée trois jours après le précédent examen, les tracés de repos sont redevenus normaux.

raître d'anomalies spécifiques pendant toute la durée de la thérapeutique.

b) Moment d'apparition des anomalies : Les anomalies constatées sont apparues le plus souvent très rapidement (dans les jours qui ont suivi la première prise de cyclosérine) ; cependant, chez certains malades, elles ne sont apparues que tardivement, deux mois, six mois après l'institution de la thérapeutique.

Une fois apparues, elles ont été soit durables, ne cessant qu'avec l'arrêt de la thérapeutique, soit passagères, rétrocedant spontanément au bout de 10 jours à un mois.

Dans certains cas, ces anomalies, une fois apparues, se sont aggravées progressivement, alors que, dans d'autres, elles restaient identiques pendant des semaines et des mois. On peut considérer que les modifications pures du rythme de fond ont ainsi persisté pendant de longs mois. Il n'en était pas de même pour les anomalies à type d'ondes delta, qui, une fois apparues, pouvaient rétrocéder dans les 15 jours, ou aller progressivement en s'aggravant, ne cédant qu'avec l'arrêt de la thérapeutique. Chez deux malades, des bouffées paroxystiques d'ondes lentes sont apparues à des moments variables ; elles ont rétrocéder soit spontanément, soit par association de gardénal (une fois). Chez trois autres malades, ces anomalies étaient si importantes qu'elles ont nécessité l'arrêt de la thérapeutique ; l'adjonction de gardénal dans un cas n'ayant pu arrêter l'aggravation progressive des tracés.

c) Parmi nos 18 malades, les anomalies les plus graves (ralentissement net du rythme de fond et apparition d'ondes très lentes) ont été notées chez des sujets ayant un tracé normal. Les quatre malades, qui présentaient avant l'institution de la thérapeutique des tracés plus complexes, n'ont vu dans l'ensemble apparaître comme seule manifestation qu'une aggravation de la tendance à l'hypersynchronie lors de l'épreuve de l'hyperpnée.

Il ne nous a pas été possible de trouver de relations certaines entre les anomalies et l'âge du sujet, notre étude ne portant que sur un petit nombre de cas ; il nous semble cependant que les modifications les plus graves sont apparues chez les sujets âgés, l'hypersynchronie à l'hyperpnée surtout chez les sujets jeunes.

Le gardénal, ajouté à la thérapeutique par cyclosérine, ne nous a pas semblé apporter de façon certaine une rétrocession des anomalies, celles-ci pouvant disparaître soit spontanément en dehors de toute thérapeutique barbiturique, soit s'aggraver considérablement malgré celle-ci.

Huit malades ont reçu une injection quotidienne de vitamine B 6 pendant plusieurs mois, sans que nous puissions reconnaître à ce produit un effet quelconque sur les modifications apparues sur les tracés électroencéphalographiques sous l'effet de la cyclosérine.

CONCLUSIONS ET CORRÉLATIONS ÉLECTRO-CLINIQUES

Du point de vue clinique, la cyclosérine semble favoriser l'apparition d'accidents d'ordre neuro-psychique chez des malades présentant une tuberculose pulmonaire. Les accidents sont fréquents et précoces ; ils surviennent le plus souvent chez la femme ; ils sont favorisés par la personnalité psychologique du sujet et ses conditions de vie, plus encore que par l'importance des antécédents psychiatriques proprement dits. Les modifications le plus fréquemment rencontrées sont surtout des états d'excitation, allant de la simple excitation intellectuelle à des syndromes hypomaniaques et même maniaques. Les états dépressifs sont rares. Dans notre série, nous n'avons jamais rencontré de crise comitiale.

Du point de vue électrographique, la cyclosérine provoque fréquemment des modifications des tracés, qui vont toutes dans le même sens, c'est-à-dire un ralentissement du rythme de fond, auquel peuvent se superposer des ondes delta survenant spontanément ou sous l'effet de l'épreuve de l'hyperpnée.

Si l'on tente d'établir des corrélations entre les modifications du tracé électroencéphalographique et les troubles de la série neuro-psychiatrique, il est intéressant de signaler que six, des sept malades qui avaient conservé un tracé normal, ont présenté des troubles psychiques, allant de simples modifications caractérielles à de véritables états d'excitation maniaque. Il est, d'autre part, intéressant de noter que, parmi les cinq malades qui présentaient les plus importantes modifications de leurs tracés électroencéphalographiques, trois n'ont pas présenté de troubles psychiques, les deux autres ayant présenté un état dépressif, concomitant des modifications de leurs tracés électroencéphalographiques.

On peut donc conclure que les troubles neuro-psychiques et électroencéphalographiques provoqués par la cyclosérine surviennent le plus souvent de façon indépendante. Il semble même qu'il y ait un certain antagonisme entre les troubles psychiques à type d'excitation (les plus fréquents) et le ralentissement des tracés

électroencéphalographiques, puisque ces deux phénomènes n'ont jamais été trouvés associés.

La cyclosérine n'a jamais provoqué d'anomalies électroencéphalographiques spécifiques de comitialité, comme elle n'a jamais fait apparaître chez aucun de nos malades de crises comitiales. Ces phénomènes nous paraissent intéressants à signaler, d'autant que, jusqu'en 1956, de nombreuses crises comitiales étaient signalées comme accidents de ce produit. De telles constatations sont peut-être dues au fait que nous avons éliminé de cette série tous les malades qui présentaient préalablement des anomalies spécifiques de comitialité. Elles tiennent peut-être aussi au fait que nous avons prescrit des barbituriques lorsque les modifications du tracé électroencéphalographique étaient par trop importantes, ce qui a certainement élevé le seuil convulsivant des sujets sans entraîner toutefois la régression des anomalies.

Il semble donc que des examens électroencéphalographiques pratiqués avant le début du traitement et comme contrôle au cours de celui-ci puissent permettre d'éviter l'apparition de crises comitiales.

L'apparition de troubles psychiques et de modifications électroencéphalographiques ne semble avoir aucun rapport avec la dose journalière, la dose totale ou la concentration sanguine de cyclosérine. Les anomalies électriques et les troubles psychiques une fois apparus rétrocedent très rapidement après l'arrêt de la thérapeutique. La cyclosérine provoque donc des troubles fonctionnels variables selon les sujets et selon les moments chez un même sujet. Cette action polyvalente est peut-être due au fait qu'elle exacerbe une labilité soit psychique, soit électrographique préexistante.

*Travail du service de pneumophtisiologie (D^r DUMON),
hôpital Ste-Marguerite, et du laboratoire de neurobiologie (P^r GASTAUT),
de la Faculté de médecine de Marseille*

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON (R. C.), WORTH (H. M.), WELLES (J. S.), HARRIS (P. N.) et CHEN (P. K.). — Pharmacology and toxicology of cyclosérine. *Antibiotics and Chemotherapy*, 1956, vol. 6, n° 5, p. 360-368.
- GUYOTAT (J.) et ROUTIER (J.). — Les manifestations neuro-psychiatriques au cours des traitements par cyclosérine. *La Semaine des Hôpitaux*, 33^e année, avril 1947, n° 24, p. 1543-1545.

- KENDIG (I. V.), CHAREN (S.) et LÉPINE (L. T.). — Psychological side effects induced by cycloserine in the treatment of pulmonary tuberculosis. *The American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases*, mars 1956, Bol. 73, n° 3, p. 438-441 et in *Revue de la Tuberculose*, avril 1956, t. 20, n° 4, p. 441.
- LÉVY-VALENSI et ZAPHIAN. — *Communication à la Société de Phtisiologie d'Afrique du Nord*, année 1957, sous presse.
- MORVAN (R.) et SAINT-PIERRE. — Résultats de la cyclosérine sur les maladies chroniques du plateau d'Hauteville-Lompnes. *Revue de la tuberculose*, décembre 1956, t. 20, n° 11-12, p. 1139-1145.
- MURRAY (F. J.). — Apilot study of cycloserine toxicity. *Fifteenth Veterans Administration Army Navy Chemiotherapy Conferences*, Saint-Louis (Missouri), février 1956, et in *American Review of Tuberculosis and Pulmonary Diseases*, août 1956, vol. 74, n° 2, p. 196-209.
- NAYRAC (P.) et BEAUSSART (M.). — Aspects électro-encéphalographiques chez les bacillaires soumis à un traitement par la cyclosérine. *Revue Neurol.*, 1957, t. 96, n° 6, p. 563-564.
- STOREY (P. B.), DUVALL (R. C.) et MCLEAN (R.). — The convulsive effect of cycloserine. *Antibiotic Medicine and Clinical Therapy*, septembre 1956, vol. 3, n° 4, p. .
-

LE SYNDROME NEURO-PSYCHIATRIQUE DE LA SPASMOPHILIE

PAR

J. JOYEUX

« Il ne faut jamais en pathologie mentale considérer uniquement le cerveau ni même le système nerveux isolément. Il importe de se rappeler toujours qu'ils sont intimement reliés au reste de l'organisme. »

SÉGLAS.

« Il n'y a pas de maladies de l'esprit, c'est l'esprit qui est troublé par les maladies du corps. »

FÉRÉ.

Au cours de ces dix dernières années, initié à la spasmophilie par les travaux des auteurs que nous aurons à citer, et notamment par ceux de H.-P. Klotz et coll., nous avons été frappé d'une part par l'extrême fréquence de cette affection, et d'autre part par la rareté de son diagnostic, non seulement par les praticiens, mais aussi par maints neuro-psychiatres qualifiés. Il nous est progressivement apparu que ce paradoxe tenait essentiellement à ce que cette affection prenait une telle diversité de masques que d'aucuns se laissaient prendre au symptôme prédominant, ce qui les conduisait à un classement nosologique apparemment facile et commode, sans approfondir l'analyse sémiologique qui aurait permis, pourtant, de transformer totalement la signification de ce symptôme prédominant en le replaçant au sein de nombreux autres signes dont certains sont pathognomoniques.

C'est pourquoi, sur un matériel abondant, dont nous n'avons retenu que les cas vérifiés par un recul suffisant, matériel qui ne nous paraît pas avoir été réuni systématiquement avant nous, nous nous proposons d'isoler en une vaste synthèse, propre à notre discipline, un groupe de symptômes, jusqu'alors dispersés,

même dans les travaux les plus récents, en un tableau clinique bien individualisé : *le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmodophilie*.

Après en avoir fait l'étude sémiologique détaillée, nous aborderons, dans une deuxième partie, l'étude biologique et étiologique que nous en avons faite, dans la perspective originale préconisée par H. Laborit, R. Coirault et leur école. Nous proposerons, enfin, dans une troisième partie, les modalités du traitement qui en découle.

PREMIÈRE PARTIE

Etude sémiologique à propos de 500 observations personnelles

Nous étudierons successivement les symptômes dont le groupement réalise le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmodophilie, sans essayer de les classer, même dans un but didactique, sous les rubriques classiques : troubles psychiques, neurologiques, somatiques, etc... Cela serait, en effet, trahir notre intention profonde qui est, justement, — et ce syndrome s'y prête tout particulièrement —, de combler un fossé traditionnel qui sépare, verbalement, certaines manifestations cliniques, alors qu'une pathogénie commune les lie inéluctablement : un dysfonctionnement cellulaire, dont la traduction clinique, sous diverses formes puisqu'elles sont corrélatives de la différenciation cellulaire, n'en a pas moins un mécanisme univoque.

Dans l'énumération de ces symptômes, nous adopterons l'ordre de fréquence et d'intensité dans lequel ils se dévoilent, peu à peu, au cours de l'examen.

1. — L'ANXIÉTÉ

C'est un symptôme qui ne manque qu'exceptionnellement et c'est, probablement, celui qui conduit au plus grand nombre d'erreurs de diagnostic. Aussi, nous y attarderons-nous longuement.

Signalé par Axenfeld (1860), Arndt (1873), Raymond (1888), Franckl-Hochwart (1891), la plupart des auteurs modernes, H. Lemaire (1923), R.-A. Turpin (1925), J. Decourt (1929 et suiv.), G. Defougy (1934), H.-P. Klotz, Delay et coll. (1948), P. Abély et coll. (1949), en ont reconnu l'importance.

Fait capital, selon nos observations, il ne s'agit, en règle, quels que soient ses modes d'expression, que d'une *anxiété mineure*. Son organisation thématique nous a paru essentiellement différente de la grande anxiété qui caractérise, par exemple, la mélancolie. Certes, on retrouve parfois les thèmes de mort, l'attente douloureuse devant un futur opaque, le sentiment d'insécurité fondamentale, la culpabilité même, mais jamais ces thèmes ne revêtent le caractère profond, inéluctable, catastrophique de la mélancolie, et, surtout, ils ne s'accompagnent pas de l'inhibition psycho-motrice et de l'organisation délirante de type mélancolique.

Ces sujets se plaignent de *tristesse habituelle*, mais sans véritable « douleur morale ». Ils peuvent s'en dégager soit spontanément, sans raison bien apparente, soit sous l'effet de conditions de milieu inopinées. Son évolution assez irrégulière, oscillante, est jalonnée, outre par des retours à l'état normal antérieur de durée variable, par des *accès paroxystiques angoissants*, au cours desquels les malades éprouvent de nombreux troubles cénesthésiques que nous étudierons à part.

A cette tristesse, à ces accès d'angoisse, s'ajoutent des sentiments de doute sur soi-même, sur les actions à entreprendre, la crainte de l'échec, une inquiétude vague, générale, « à vide », qui confinent ces sujets dans une recherche quasi-obsédante de motivations, et les laissent en proie aux regrets, à la nostalgie de leur vie antérieure au début de l'affection, et au découragement devant l'inanité de leurs efforts pour surmonter leurs troubles, devant les échecs des multiples thérapeutiques entreprises, prêts à la résignation qui est le lot de ceux qui sont atteints de ces « maladies que le médecin ne connaît pas » (Leriche).

Dans ce tableau d'anxiété, nous ne retrouvons pas la délectation morose, masochiste, que cultivent les mélancoliques et les névrosés. Au contraire, les spasmophiles fuient toute cause d'angoisse : faits divers, films, pièces théâtrales, lectures dramatiques. De même, si leur sentiment d'insécurité les conduit au pessimisme, à un certain dégoût de leurs occupations ou divertissements habituels, ce dégoût n'est pas vécu comme une « néantisation » du monde extérieur, une « nausée » au sens sartrien, mais comme une impossibilité physique, prévue, à accomplir leurs conduites habituelles.

Sous ce terme d'anxiété se cache, en fait, chez le spasmophile, une fatigue cérébrale, dont nous retrouverons plus loin d'autres manifestations, qui conditionne une diminution de l'aperception du monde extérieur, d'où un sentiment *secondaire*, légitime, de

doute, d'inquiétude, de crainte : le monde n'est pas transformé comme dans la structure délirante du mélancolique ou la structure significative du névrosé, il est seulement mal perçu, et, avant tout, le spasmophile ne se sent pas la force de l'affronter, d'où certaines réactions catastrophiques (Goldstein), certaines tendances à la claustration, à la réduction du champ d'action.

L'expression verbale de cette anxiété par le spasmophile conduirait, souvent, au premier abord, au diagnostic d'état mélancolique ou névrotique. Mais, tout au long de l'examen, on aura la surprise de la voir s'apaiser. Contrairement au mélancolique, que rien ne peut distraire de sa douleur vertigineuse, envahissante, sidérante, chez lequel l'examen aggrave la symptomatologie dans le sens démonstratif, ou bien dans le sens de l'inhibition ; au contraire du névrosé qui ne pourra s'évader du cercle étroit de ses préoccupations obsédantes ou phobiques ou impulsives, le spasmophile peut retrouver, face au médecin ou dans certaines circonstances, un comportement apparemment normal, faculté de « récupération » qui n'est pas sans influencer péjorativement l'entourage (voire le médecin), qui ne manquera pas, devant ce paradoxe, d'invoquer une « maladie imaginaire ».

Ajoutons que, malgré de fréquentes allusions à la mort, le spasmophile ne se suicide pas. Comme nous le verrons, les tentatives de suicide ne surviennent chez certains spasmophiles que parce qu'ils sont, *en outre*, d'authentiques mélancoliques.

Ainsi, l'anxiété du spasmophile est bien différente de celle du mélancolique et du névrosé. Elle se rapprocherait plutôt de certaines anxiétés de l'épilepsie dite temporale, de certains syndromes bulbaires ou de l'athéromatose cérébrale. En aucune façon, elle ne désorganise la personnalité comme la mélancolie ou la névrose. Expression d'une souffrance cérébrale particulière, elle est de même nature, oserions-nous dire, qu'une douleur névralgique. Elle accable le sujet, elle ne le transforme pas en profond.

Ce diagnostic différentiel est d'importance, car nous ne comptons plus les malades qui ont été, avant nous, traités par électrochocs, cures de sommeil, neuroleptiques, psychothérapie, avec pour seul résultat une aggravation de leur état.

2. — L'HYPERÉMOTIVITÉ, L'IRRITABILITÉ

Nous isolons ces deux symptômes de l'anxiété, car si l'anxiété est une manière d'être, préalable à toute expérience, l'hyperémo-

tivité et son corrélatif, l'irritabilité, sont la façon d'être *au contact* avec le monde : c'est une réaction à des stimuli exogènes. Si, le plus souvent, ces deux symptômes sont associés, nous les avons observés l'un sans l'autre.

Sous ces termes, nous entendons une instabilité thymique, un défaut de maîtrise neuro-musculaire qui conduit le spasmophile, depuis la banale onychophagie aux crises clastiques de colère. Ces sujets sont extrêmement susceptibles, sensibles aux moindres contrariétés, dont l'effet se prolonge chez eux sur une durée exagérée. Bien peu d'entre eux peuvent maîtriser et cacher une agressivité qui n'attend qu'un prétexte, le plus futile soit-il, pour se manifester par des paroles caustiques, amères, acérées, vexantes, des récriminations, des criailleries, des gesticulations plus ou moins désordonnées, voire des bris d'objets, des gifles, des crises de pleurs, des sanglots, des lamentations, plus ou moins théâtrales.

En dehors de ces *crises agressives*, ils se montrent, malgré leur impatience, leur tendance vainement tendue à dominer le monde extérieur, timides, vulnérables à l'extrême, fuyant les difficultés, la rue, la foule, le bruit.

On conçoit aisément que le sentiment d'infériorité qui en découle soit un aliment de choix à leur anxiété, cercle vicieux dont ils ne peuvent s'évader.

Contrairement aux manifestations émotives observées chez le névrosé, celles du spasmophile sont ressenties par lui comme un déficit, un défaut de maîtrise, contre lequel il ne peut rien, regrettant aussitôt après la crise émotive, ses débordements verbaux et gestuels, dont il mesure alors, avec lucidité, l'exagération et la peine qu'ils provoquent chez ceux qui en sont les témoins et les victimes. Cette attitude, cette auto-critique sincère, pertinente, est bien différente de l'hypocrite repentir du névrosé après sa « scène », « scène » qu'il a délibérément déclenchée pour assouvir ses pulsions et assurer son pouvoir de revendication affective sur l'entourage.

Retenons, au passage, cette notion de labilité, ici d'ordre thymique, ces oscillations perpétuelles entre un relatif bien-être et une rechute, qui marquent tant l'anxiété que l'hyperémotivité et l'irritabilité. Nous retrouverons ce caractère oscillant, bien déroutant aussi bien pour l'observé que pour l'observateur, dans l'analyse de certains des symptômes suivants.

Précisons, enfin, que si, dans les cas les plus fréquents, on retrouve cette hyperémotivité et cette irritabilité — quoique atté-

nuées — dans le passé le plus lointain du malade, bien souvent il présentait, avant le début de l'affection, un caractère gai, avenant, peu agressif. C'est dire le trouble qu'apporte ce symptôme dans l'entourage du spasmophile. L'entourage réagit à ce comportement nouveau par une attitude de frustration et de contre-agressivité, assez humaine, puisque, à ce stade et souvent jusqu'à ce que le diagnostic exact soit établi, l'entourage ne voit là, non pas l'expression d'une « maladie », mais un trouble du caractère pur et simple, qu'il va interpréter dans la perspective de son propre ressenti. D'où des conflits sans fin qui brouillent les familles, les voisins, et conduisent les époux, nous l'avons vu fréquemment, au bord du divorce.

3. — LES TROUBLES DE LA CÉNESTHÉSIE ET ALGIES

Nous grouperons sous cette rubrique les sensations anormales décrites par le spasmophile.

L'asthénie, une profonde lassitude manquant rarement. Fatigue dès le réveil, fatigabilité au cours de la journée, après le repas en particulier, accrue par l'effort, l'obligation de sortir, de se mêler à la foule. De telle sorte que certains sujets restent au lit, ou étendus sur une chaise-longue, et ne peuvent accomplir leur travail habituel.

Cette fatigue est souvent accompagnée de sensation de « paralysies » (de *parésies* plutôt) dans certains segments du corps, unilatéralement ou non, notamment aux niveaux des membres, de leurs extrémités, de la nuque, inhibitions motrices qu'il est curieux de retrouver parfois dans les rêves des spasmophiles.

S'y ajoutent, en outre, des *sensations vertigineuses*, de « tête vide », de « tête drôle », avec impression de chute imminente, qui peut aboutir à de véritables *lipothymies*, soit spontanées, soit le plus souvent conditionnées par une contrariété, une dispute, un surmenage.

Plus caractéristique — bien que plus difficile à interpréter — est la série de sensations anormales qu'il convient de rapprocher, et d'identifier aux *troubles cénestopathiques* que Dupré a magistralement décrits dès 1907.

Comme le « cénestopathe » de Dupré, le spasmophile se plaint, parfois avec simplicité et précision (ce qui est, pour nous, significatif), plus fréquemment avec un luxe de détails, d'interprétations anatomo-cliniques fantaisistes, des comparaisons saugrenues, un manque de critique et de précision manifeste, une mimique, des gestes éloquentes, expressifs, avec prolixité.

De telle sorte que l'hypothèse de surenchère, de sursimulation (sinon de simulation), d'hypocondrie, surgit tout naturellement à l'esprit de l'observateur.

En fait, malgré la diversité, souvent pittoresque, des allégations de nos spasmophiles, — qui tenait de leur niveau mental, de leurs connaissances, de leurs aptitudes imaginatives —, nous avons été frappé par la constance de ces sensations anormales, tant dans leurs caractères descriptifs que dans leurs sièges :

sensation d'engourdissement généralisé ou localisé ; sensation de frémissement « intérieur », de tremblement « intérieur », frissonnements, frilosité excessive ; sensation de froid et de chaud paroxystique et de localisation inopinée (tête, extrémités), accompagnée ou non de sueurs nocturnes ou diurnes, de mains moites ; sensation d'être parcouru par de l'électricité ou un fluide ; sensation d'être gonflé d'eau ou de gaz ; sensation de brûlures, sensation de picotements, de fourmillements aux extrémités ;

sensation de serrement à la gorge (comme une « boule ») avec difficulté de la déglutition ; sensation d'étouffement et obligation de faire une profonde inspiration ou d'être obligé de respirer rapidement, à petits coups ; sensation de serrement intra-thoracique, épigastrique ; sensation de spasmes œsophagiens, diaphragmatiques, gastriques, intestinaux ; palpitations, impression que le cœur va s'arrêter (« se décrocher »), impression de mort imminente ;

douleurs variées, précises ou indéfinissables, de sièges multiples : yeux, orbites, ailes du nez, commissures des lèvres, gencives, cœur (à rapprocher de la « tétanie du cœur » d'Ibrahim), épigastre, abdomen, rachis, trajets nerveux divers (à noter l'extrême rareté des douleurs ou sensations anormales génitales) ;

sensations et douleurs céphaliques : impression bizarre à la racine des cheveux, points douloureux étrangement localisés (vertex par exemple) ; céphalées légères ou, très souvent, intenses, généralisées ou localisées (sur une moitié du crâne, en barre sur les orbites), douleurs de la nuque, sourdes, tenaces ;

sensation de crampes paroxystiques, fréquentes, aux mollets, aux gros orteils, aux mains (parfois de type professionnel), aux masseters ; soubresauts musculaires, tremblements, claquements des dents, obligation de mouvoir les membres, de marcher, de se lancer d'un côté et de l'autre, d'accomplir des mouvements rythmés du tronc ; sensation de crispation, de « tension » plus ou moins généralisée.

En vérité, devant une telle accumulation de sensations anormales, chaque observateur, non averti d'une éventuelle pathogénie univoque possible, y trouvera pâture à de multiples diagnostics, selon sa spécialisation et sa tournure d'esprit, et le spasmophile sera propulsé, tour à tour, d'un spécialiste à l'autre, pour aboutir au psychiatre chez lequel, selon sa formation, le diagnostic d'hypocondrie, de névrose d'organe s'imposera !...

En fait, seule importe, sans se laisser impressionner par ce fatras cénesthésique, la recherche de son mécanisme profond et univoque. Nous verrons qu'en disposant d'une méthode pour l'aggraver ou le susciter, nous en objectivons la réalité, objectivation qui concorde avec l'étude pathogénique. Aussi, précisons-nous, sans plus tarder, rejoignant Dupré, puis Guiraud, que ces cénestopathes spasmophiles « sont dans leur droit ». La preuve en est qu'un traitement biologique spécifique fait rapidement disparaître, *ipso facto*, ces « sensations imaginaires » qui évoluaient parfois depuis des mois ou des années, sans aucune psychothérapie (méritant ce nom) complémentaire.

4. — LES TROUBLES DU SOMMEIL

Ces troubles ne nous paraissent pas avoir retenu suffisamment l'attention des auteurs. Or, c'est là pourtant un des symptômes primordiaux du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie.

L'insomnie existe dans près de 80 % des cas, tenace, ingravescente, rebelle aux hypnotiques habituels, redoutée par le sujet, et qui motive souvent en premier lieu la consultation.

Lorsque le malade parvient à sombrer, épuisé, dans un court sommeil, celui-ci est agité, interrompu par des réveils en sursauts, peuplé de cauchemars, dont un des thèmes significatifs, nous l'avons signalé, est l'impression d'être paralysé, de ne pouvoir faire le moindre mouvement, accompagnée d'une angoisse même si un danger n'apparaît pas imminent. Cette sorte de « cataplexie onirique » nous paraît rejoindre les mêmes sensations éprouvées à l'état vigile, d'autant que nombre de nos malades nous ont signalé une véritable cataplexie du réveil.

Beaucoup moins nombreux sont les spasmophiles qui présentent des *somnolences* dans la journée (en dehors d'éventuelles thérapeutiques sédatives).

Enfin, quelques rares spasmophiles ont un sommeil parfaite-

ment normal, ce qui n'est pas sans surprendre quand ils allèguent les troubles décrits plus haut, au cours de la journée.

Nous verrons qu'un des effets les plus rapides et spectaculaires du traitement est la disparition des troubles du sommeil, et cela sans faire intervenir des hypnotiques puissants.

5. — LES TROUBLES DE LA SÉRIE DIGESTIVE

Si certains auteurs ont signalé des troubles gastriques ou intestinaux dans la spasmophilie, isolés sous les termes de formes pures, ils nous paraissent avoir négligé des troubles moins spectaculaires, mais que nous avons constatés chez près de 80 % de nos malades.

En premier lieu, il s'agit d'*anorexie*, installée progressivement ou brusquement. Cette anorexie est bien différente du refus d'aliments des grands anxieux de type mélancolique ou de l'anorexie mentale des jeunes filles. Il n'y a pas aversion foncière pour l'alimentation, ni restriction de type névrotique. Le spasmophile lutte contre son anorexie, en est affecté d'autant qu'il en constate les méfaits sous les aspects de *l'amaigrissement* consécutif (jusqu'à 10 ou 15 kg. ou plus). Il pressent, en quelque sorte, à juste titre, que ce manque d'apport, compliqué par un déséquilibre dynamique, ne peut qu'aggraver ses troubles.

Très fréquemment s'ajoutent à l'anorexie des *nausées*, à jeun ou post-prandiales, pouvant aller jusqu'à des *vomissements* journaliers.

L'aérophagie, avec son cortège habituel de sensations douloureuses, ses éructations, ses douleurs précordiales, est fréquemment associée.

De même, manquent rarement, les *troubles du transit intestinal* : *constipation* avant tout, opiniâtre, rebelle aux traitements habituels ; moins fréquemment *diarrhée* habituelle ou paroxysmique ; constipation et diarrhée pouvant alterner, avec ballonnement abdominal, borborygmes, gargouillements, émission de gaz exagérée, douleurs sur le trajet du côlon.

Ces symptômes, relativement mineurs, sont rencontrés chez la majorité des spasmophiles qui rapportent, en règle, leurs troubles à une insuffisance hépato-digestive primitive.

Par contre, si nous avons pu observer de magnifiques syndromes gastriques pseudo-ulcéreux (comme Alkan, Durand, Zana, Mamou et Abaza, H.-P. Klotz), ou intestinaux, spasmodiques ou

entéritiques (un de nos cas durait depuis 20 ans) (comme Falta et Kahn), ces tableaux sont rares. Il n'en faudra pas moins les interpréter dans le contexte des autres troubles que nous décrivons pour épargner aux spasmophiles des radiographies en séries, onéreuses, négatives, des thérapeutiques médicales, voire chirurgicales superflues, et surtout des régimes draconiens qui aggravent le métabolisme perturbé de ces malades.

Là encore, nous avons été frappé par la rapidité de la disparition de ces troubles hépato-digestifs (qui dans certains de nos cas remontaient à 10 ou 20 ans) par le traitement biologique de la spasmophilie, sans aucun traitement gastro-hépto-intestinal, avec reprise et tolérance d'un régime normal bien équilibré. Ce redressement d'une erreur diététique fondamentale n'est pas d'ailleurs des plus faciles à faire accepter par le malade, qui ne peut admettre (et les médecins ne sont pas étrangers à sa conviction) que ses troubles gastro-hépto-intestinaux ne sont qu'une conséquence et non pas une cause.

Notons, enfin, que ces troubles ne tardent pas à reparaitre, parfois, quand le traitement antispasmophile est insuffisant ou abandonné.

6. — LES TROUBLES DE LA SPHÈRE GÉNITALE

Les spasmophiles s'observent dans 90 % des cas dans le sexe féminin ; aussi, avons-nous noté, chez les jeunes filles et les femmes adultes, des troubles de la sphère génitale : règles souvent tardivement installées, habituellement irrégulières, ou l'étant devenues, douloureuses, peu abondantes.

Fait capital, les symptômes déjà décrits présentent une aggravation nettement en rapport avec le rythme menstruel : essentiellement dans les dix derniers jours avant les règles, ou seulement la veille et pendant les règles, ou plus rarement après les règles.

Ces aggravations rythmiques évoquent évidemment une hyperfolliculinie concomitante, dont nous avons, en effet, à maintes reprises, retrouvé les autres signes cliniques et biologiques. De même, d'identiques aggravations sont notées en relation avec une castration chirurgicale ou une ménopause.

Nous avons observé aussi, comme Ezes (1950), Riml et Tschérne (1953), H.-P. Klotz (1956), chez plusieurs de nos malades, la fréquence des fausses-couches spontanées ou des accouchements prématurés. Dans ces cas, seul le traitement biologique de leur

spasmophilie a permis de mener à bien leurs grossesses ultérieures.

Dans cet ordre d'idées, signalons encore le rôle aggravant de certaines grossesses (alors que, chez d'autres spasmophiles, la grossesse apporte une période de répit apprécié). Chez la plupart, les troubles réapparaissent ou se déclenchent aussitôt après l'accouchement, surtout lorsqu'il y a allaitement maternel. On observe, de ce fait, chez certaines de nos accouchées spasmophiles, des tableaux cliniques qui sont souvent pris pour des psychoses puerpérales. C'est d'ailleurs chez ces malades, astreintes à l'allaitement naturel, que nous avons observé les plus graves manifestations anxieuses, hyperémotives et cénestopathiques, caractéristiques du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie.

Ajoutons enfin que les femmes spasmophiles sont, en règle, frigides, même si elles éprouvent épisodiquement du désir. Ce n'est pas là une des moindres causes de l'aggravation des manifestations anxieuses et hyperémotives, et des conflits entre les époux.

Chez l'adolescent et chez l'homme adulte, une certaine baisse des possibilités sexuelles, pouvant aller jusqu'à l'impuissance passagère, est aussi fréquemment observée.

Notons, au passage, la relative fréquence des signes de la série spasmophile chez les homosexuels et chez certains exhibitionnistes ou autres pervers sexuels. Notre pratique médico-légale nous a permis d'en observer de nombreux cas.

7. — LES TROUBLES DES PHANÈRES

Leur existence, moins systématique que les troubles précédemment décrits, est un bon élément de diagnostic, comme cela a été signalé par nombre d'auteurs.

Si nous n'avons pas, pour notre part, reconnu une peau particulière chez nos malades (si ce n'est quelques cas de psoriasis et, dans deux cas, une réticulo-endothéliose dont l'une vérifiée par la biopsie), nous avons retrouvé les *ongles* cassants, fendillés, décollés en lamelles à leur extrémité libre, sans que les leuconychies nous aient paru particulièrement fréquentes, et, dans un cas, un aspect particulier des ongles de la main, aplatis ou creusés en cupule, ondulés dans le sens de la largeur, surtout au niveau du pouce.

De même, on note des *chutes de cheveux* épisodiques, modé-

rées ou entraînant une véritable alopecie localisée (en clairière) ou généralisée.

Les *engelures* sont fréquentes, non seulement en automne et en hiver, mais, dans quelques-uns de nos cas, en été (août).

Fréquentes sont les *lésions dentaires*, surtout chez les enfants et les femmes ayant accouché : caries banales, chutes de dents prématurées, cassures, érosions faciles. Mais les modifications de coloration, les importantes altérations en rapport avec l'hypoplasie de l'émail, ou des altérations de la dentine signalées par Humphrey, Erdheim et Schour chez le rat parathyréoprivé, ne nous ont pas paru évidentes chez nos spasmophiles que nous ne manquons pas d'examiner systématiquement dans ce sens, puisque la constatation de telles anomalies est particulièrement significative quant à l'étiologie de l'affection pour certains auteurs (H.-P. Klotz).

Ajoutons enfin, sans pour cela ouvrir une rubrique spéciale, que si nos malades accusent fréquemment une *baisse de l'acuité visuelle*, celle-ci nous est apparue comme plutôt en rapport direct avec la fatigue cérébrale évoquée plus haut, ou avec un processus en quelque sorte normal lié à l'âge, qu'en rapport avec les cataractes de type endocrinien signalées par Logetschnikov (1872), et bien étudiées par Nordmann (1928), Evans et Kern (1940), H.-P. Klotz (1956).

A signaler dans notre série de malades quelques rares cas de glaucomes et de décollements de la rétine.

Nous n'avons jamais remarqué le signe d'Oschsenius (dépression de la cornée en forme de fer à cheval).

8. — LES TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES

A part les troubles cénesthésiques intra-thoraciques, précordiaux, les alternatives de rougeur et de pâleur, la froideur des extrémités, signalés plus haut, nous n'avons pas retrouvé d'anomalies caractéristiques dans le domaine cardio-vasculaire.

La tension artérielle est variable, peu éloignée de la normale (sauf si une athéromatose ou toute autre affection cardiaque ou rénale contingente est, bien entendu, associée).

Le pouls est souvent rapide à 80 ou 100 (et même 120). Cette tachycardie (sinusale), même modérée, a fait souvent porter chez certaines de nos spasmophiles le diagnostic d'hyperthyroïdie quand le tremblement, l'amaigrissement, l'hyperémotivité, un certain éclat du regard y étaient associés. En fait, la vérification

par le métabolisme basal est négative et nous avons vu ces signes pseudo-basedowiens disparaître par le seul traitement antispasmodique.

Nous n'avons pas observé de bradycardie accompagnant des attaques d'apnée soudaine (signe de Koplick).

Quant aux signes électro-cardiographiques signalés (allongement de QT, anomalies de l'onde T), leur recherche ne nous a pas paru indispensable dans la pratique quotidienne.

9. — LES TROUBLES DES RÉFLEXES TENDINEUX ET DE LA SENSIBILITÉ

De règle, les réflexes rotuliens sont exagérés, vifs, voire polycinétiques ; leur recherche est parfois douloureusement ressentie par le sujet chez lequel elle provoque, dans quelques cas, une crise hyperémotive avec pleurs (phénomènes de répercutivité d'A. Thomas et de Ajuriaguerra).

Sainton, cité par H.-P. Klotz, a noté l'exagération du réflexe de posture du jambier antérieur.

Manouvriez (1877) aurait décelé chez les « tétaniques », à l'esthésiomètre, « une diminution plus ou moins accentuée des sensibilités au tact, à la douleur, ayant son siège de prédilection dans les parties affectées par la contracture ».

10. — LE SIGNE DE SCHVOSTEK ET L'ÉPREUVE DE L'HYPERPNÉE

Le signe de Schvostek est le *maître-sign*e du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, aussi nous y attarderons-nous longuement, car, associé *obligatoirement* à l'épreuve de l'hyperpnée, il nous paraît présenter certaines particularités non signalées jusqu'alors. A son étude, nous rattacherons celle des contractures tétaniques ; il s'agit, en effet, de phénomènes de même nature intrinsèque conditionnés par une même perturbation métabolique.

Evoquées par Hippocrate, Arétée, Galien, sous les termes de « tétanos partiel curable », plus tard par Ettmüller (1708), Wolf (1717), puis redécouvertes par Dance (1830) qui les considérerait comme « une espèce de tétanos intermittent », les *contractures tétaniques* ont fait l'objet d'importants travaux cliniques et biologiques par Steinheim (1830), Tonnelé (1832), Imbert-Gourbeyre (1844), Trousseau (1845), Lucien Corvisart (1852), Fleurot (1856), Fosse (1860), Axenfeld (1860), T. Langhans (1876), Rabaud (1887), — et plus près de nous, par Sperk (1910), Hochsin-

ger (1911), A. Sippel (1912), Neumann (1912), Kummer (1920), H. Lemaire (1923), Turpin (1925), van den Elst (1925), R. Pasquet (1925), G. Bourguignon (1926), Stardgaster (1926), Pagniez (1927), Chauchard et Cournand (1928), Pavel et coll. (1928), P. Renard (1928), J. Decourt (1929), G. Defougy (1934), Justin-Besançon (1944), H.-P. Klotz (1948 et suiv.).

Décrit en 1879, le *signe de Schvostek*, devant les troubles précédemment étudiés (et d'ailleurs chez tout malade atteint de troubles neuro-végétatifs et neuro-psychiatriques), doit être obligatoirement recherché et, en raison de son importance, selon une technique minutieuse.

Nous le rechercherons après avoir procédé à l'interrogatoire du malade, lorsque nous le faisons étendre, confortablement, pour l'examen somatique habituel. Le sujet est incité au calme, à la relaxation. La bouche doit être maintenue légèrement ouverte. La percussion s'effectuera de préférence avec le marteau à réflexe de Déjérine, en forme de marteau, en caoutchouc dur, plutôt qu'avec celui de Babinski, en forme de disque, ou avec le doigt en crochet, procédés qui donnent satisfaction dans les Schvostek intenses, mais qui sont d'usage imprécis pour les Schvostek frustes.

La percussion a lieu sur chaque joue, en principe au milieu d'une ligne qui joint la commissure labiale et le lobule de l'oreille, par petits coups, secs, peu appuyés, mais aussi en explorant la proximité immédiate de ce point électif.

La réponse à cette percussion bilatérale est variable dans son intensité, sa localisation et au cours de l'évolution de l'affection.

Dans les *réponses moyennes* (que nous avons l'habitude de noter : ++), il se produit une déviation de la partie médiane de la lèvre supérieure, vers le bas et vers le côté de la percussion, déviation rapide, identique à chaque percussion.

Dans les *réponses intenses* (+++ ou ++++ ou même +++++), cette déviation est très importante, de plusieurs millimètres. Elle est accompagnée, du côté de la percussion, par ordre d'intensité croissante, d'une contraction rapide de la partie supérieure de l'aile du nez, de la paupière inférieure, de l'hémiface, du pourtour orbitaire, de la partie inférieure, sus-orbitaire, du muscle frontal.

Dans les *réponses faibles* (+), la déviation labiale, seule présente, est souvent difficile à saisir, et dans quelques réponses très frustes ($\pm$), mais pourtant correspondant à des cas authentiques, il n'existe qu'un faible soubresaut musculaire, visible

seulement sur la partie muqueuse de la lèvre supérieure, dans sa partie strictement médiane. Ces réponses faibles ou très frustes restent sans valeur si elles ne sont pas exagérées par l'épreuve de l'hyperpnée.

La technique minutieuse que nous appliquons nous permet d'éliminer toute contraction (de la commissure labiale) par percussion de l'apophyse zygomatique (réflexe périosté), et surtout tout ébranlement de la lèvre supérieure consécutif à un ébranlement de la joue, quand celle-ci est assez charnue. D'ailleurs, cet ébranlement secondaire est bien différent, par sa massivité et sa continuité avec celui de la joue, de la contraction rapide, strictement médiane du signe de Schvostek.

Nous devons aborder, maintenant, certaines particularités qui ne sont pas assez connues ou qui n'ont pas été signalées.

Et, tout d'abord, dans un nombre non négligeable de cas (authentiques), le signe de Schvostek peut manquer. Cela nous a paru comme une règle chez l'homme adulte. Dans quelques cas, le signe de Schvostek absent (spontanément), avant le traitement, devenait présent (spontanément) après le traitement.

Si, habituellement, il est bilatéral et symétrique, nous l'avons décelé, maintes fois, comme d'autres auteurs, unilatéral ou dissymétrique. Cette particularité, qui paraît liée à l'individu, persistera après l'amélioration des signes cliniques ou lors des rechutes. Fait curieux, nous avons retrouvé cette dissymétrie chez les collatéraux ou la descendance. Dans la même perspective, nous avons constaté la fréquente latéralisation des troubles cénesthésiques du côté où le signe de Schvostek est prédominant.

Le signe de Schvostek ne nous a pas paru « variable d'un jour à l'autre », comme le signale P. Renard. Au contraire, nous avons été frappé par ses caractères similaires, d'un examen à l'autre, au cours d'un même moment évolutif de l'affection, car, bien entendu, il régresse et peut disparaître avec le traitement, pour reparaitre lors des rechutes. L'intensité du signe de Schvostek est ainsi habituellement parallèle à celle des autres composantes du syndrome, mais, il faut y insister, cela n'est pas obligatoire.

Nous n'avons pas observé le Schvostek bilatéral par percussion unilatérale, signalé par P. Renard. Il nous paraît difficile de rapporter à la percussion unilatérale les phénomènes contro-latéraux observés chez les sujets à signe de Schvostek intense, dont l'hyperémotivité et les tendances à réagir par des soubresauts musculaires aux moindres stimuli sont évidentes.

Certains auteurs (depuis Marfan) ont violemment critiqué la

valeur pathognomonique du signe de Schvostek. Notre expérience ne nous permet pas de les suivre. Si le signe de Schvostek est un signe que nous retrouvons fréquemment, ce n'est pas parce qu'il est banal, c'est parce que le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie est fréquent. Rappelons que Defougy, dans sa remarquable thèse, inspirée par J. Decourt, ne trouve le signe de Schvostek, sur 550 malades non triés de la Consultation externe de Beaujon, que 43 fois (7,8 %). Pour la plupart des auteurs, la fréquence moyenne du signe de Schvostek dans la population générale est de 8 à 10 %.

Nous ne nous étendrons pas sur les autres signes neuro-musculaires décrits dans la spasmophilie : signe de Schlesinger, signe de Lust, signe de Weiss, signe de Kunn, signe de Pen. Le spasme carpo-pédal est rarissime. Quant au signe de Trousseau (main d'accoucheur après pose d'un garrot au bras pendant deux à trois minutes), nous ne l'avons jamais retrouvé, même au cours de l'épreuve de l'hyperpnée (von Bonsdorf), même dans les cas les plus indiscutables et les plus intenses. Turpin (1925) le considérait aussi comme rare. C. Isch-Treussard et coll. (1956) ne l'ont trouvé que 15 fois sur 150 cas de tétaniques, après, il est vrai, pose d'un garrot pendant 10 minutes.

Pour nous, le signe de Schvostek reste le seul signe pathognomonique de la spasmophilie, pour autant qu'il soit recherché conjointement avec *l'épreuve de l'hyperpnée*.

Celle-ci, préconisée dès 1909, puis en 1920, par Collip et Bakus, Grant et Goldman, s'effectue, le malade allongé confortablement et relaxé. Nous lui demandons de pratiquer des mouvements respiratoires amples, par la bouche, en insistant sur l'expiration, selon un rythme de 25 à 30 expirations par minute, pendant exactement trois minutes. Nous recommandons au sujet d'étendre ses membres supérieurs le long de son corps, ou mieux de croiser à plat ses mains sur l'épigastre, et de ne se livrer à aucun mouvement volontaire, notamment au niveau des mains.

Cette dernière recommandation est parfois difficile à obtenir car, chez certains sujets, dès les premiers mouvements respiratoires, le syndrome s'aggrave, les troubles cénesthésiques antérieurs s'exagèrent ou d'autres apparaissent, la respiration devient irrégulière et courte, et on note une véritable impossibilité à diriger volontairement les mouvements respiratoires. L'épreuve doit même être interrompue, malgré les exhortations, et cela, répetons-le, dès la première minute.

A la fin de l'épreuve, le malade accuse, avec une intensité varia-

ble, mais toujours accrue par rapport à l'état antérieur, les troubles cénestopathiques (notamment : sensation de fourmillements, d'électricité au niveau des avant-bras et des mains, qui deviennent moites ; sensation de constriction, de crispation, de tension ; sensation de tremblement « intérieur » qui, dans les secondes qui suivent, se transforme éventuellement en tremblement manifeste avec claquements des dents, frissonnements irrésistibles ; la sensation de froid, non justifiée par les conditions thermiques, manque rarement, de même que certaines paresthésies du visage : sensation de courant électrique, de « toile d'araignée » appliquée ; il existe aussi des bourdonnements d'oreilles, des sensations de « vide » dans la tête, des céphalées, une certaine obnubilation, des vertiges, une grande lassitude, des tendances lipothymiques.

Nous avons été conduit à observer, en outre, dans quelques cas du sexe féminin, un phénomène non signalé, que nous nommons le *signe de l'ovaire après l'hyperpnée* : alors qu'avant l'épreuve, la palpation de la fosse iliaque et des points ovariens est indolore, après l'hyperpnée, la même palpation réveille une douleur légère, parfois vive, surtout dans la fosse iliaque droite. Jusqu'alors, nous n'avons pu faire un rapprochement valable de ce signe avec un dysfonctionnement ovarien ou un trouble gynécologique. Cette douleur élective n'a rien de commun avec les fameux « points hystérogènes » de Charcot, car elle existe, seule, sans accompagnement hystérimorfe. Elle se retrouve chez les femmes les moins suspectes d'hystérie.

Néanmoins, deux séries de manifestations sont encore plus caractéristiques après hyperpnée : d'une part, l'exagération ou l'apparition du signe de Schvostek, la « main d'accoucheur » et le « museau de tanche », l'hyper-réflexivité tendineuse, d'autre part, la crise émotive.

L'exagération du signe de Schvostek est constante, parfois considérable. Quant à l'apparition du signe de Schvostek, elle est indispensable au diagnostic chez l'homme. Ce n'est que dans de très rares cas que, même après hyperpnée, le signe de Schvostek restait absent, alors que la clinique et l'évolution après traitement imposaient le diagnostic de spasmophilie.

La « main d'accoucheur » (Trousseau), habituellement bilatérale et symétrique, mais parfois unilatérale ou plutôt dissymétrique, consiste, à des degrés variables, en un creusement longitudinal de la paume de la main, dont les 2°, 3°, 4°, 5° doigts sont rapprochés, avec une tendance à la flexion, notamment au niveau

des 2° et 5° doigts, qui tendent ainsi à se placer devant les 3° et 4° doigts, tandis que le pouce, en extension et en prônation, tend à se loger, avec son métacarpien, dans le sillon ainsi creusé, appliqué sur les 3° et 4° doigts, encadrés par les 2° et 5° doigts fléchis ou non.

On peut noter, en outre, une flexion de la main sur l'avant-bras, celui-ci étant lui-même, dans les formes sévères, fléchi sur le bras.

Cette attitude, si caractéristique, est provoquée par une contracture visible et palpable, d'intensité variable, que le malade peut vaincre plus ou moins et qui résiste, plus ou moins, à la mobilisation passive. Elle est aussi souvent douloureuse.

Manouvriez (1877) aurait observé à l'esthésiomètre, au cours de la « contracture des extrémités », « une prédominance constante de la paralysie tactile dans la moitié supérieure droite du corps et vers le bord interne des mains ».

Le « *museau de tanche* » (ou mieux la « bouche en cul-de-poule ») consiste en une contraction circulaire des lèvres supérieure et inférieure qui rétrécit en un orifice annulaire l'entrée de la cavité buccale, gênant la respiration et l'articulation verbale. La déviation de la bouche dans une sorte de rictus est peu observée.

Les *réflexes ostéo-tendineux* (rotuliens) sont particulièrement exagérés, vifs, polycinétiques, parfois avec clonus, la percussion provoquant, à distance, des tressaillements caractéristiques et douloureusement ressentis.

La *crise émotive*, qui a souvent débuté au cours de l'épreuve, consiste, à des degrés variables (elle peut être modérée), en crises de pleurs, de sanglots (associées paradoxalement, dans quelques cas, à des crises de fou-rire incoercibles), avec lamentations, gestifications. Elle est exprimée d'une façon plus ou moins théâtrale, selon les sujets.

Fait capital, le malade nous dit spontanément, après l'épreuve de l'hyperpnée (et nous avons évité de l'interroger là-dessus pour éviter toute suggestion possible), qu'il a déjà ressenti ces phénomènes, atténués ou similaires, lors de paroxysmes spontanés ou à l'occasion de contrariétés, de disputes, de surmenage.

Ces manifestations signent pour nous le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie. Mais il ne faut pas s'attendre, après l'hyperpnée, systématiquement, à des crises de tétanie aiguë. Elles sont plutôt rares, de même qu'elles sont rarement retrouvées dans l'anamnèse. Selon notre expérience, la grande

crise de tétanie est rare, alors que le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie que nous décrivons est d'une extrême fréquence. Cette disproportion est, sans doute, une cause essentielle de la méconnaissance habituelle du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie.

L'aggravation ou l'apparition des symptômes déclenchés par l'hyperpnée s'apaise, en général, en quelques minutes, pour peu qu'on ait le souci de faire se lever immédiatement le malade et de l'inciter à faire des mouvements (ne serait-ce que pour se rhabiller). C'est parce que, chez certains sujets, cet apaisement est très rapide (au niveau des mains, du visage), que nous recommandons une immobilité parfaite, détendue, à nos malades, au cours de l'épreuve, pour déceler les signes révélés, rapidement, dès la fin de l'épreuve.

L'étude biologique fournira une explication à cette labilité et à cette mesure de prudence.

11. — EXISTENCE DU SIGNE DE SCHVOSTEK ET D'ÉLÉMENTS DU SYNDROME NEURO-PSYCHIATRIQUE DE LA SPASMOPHILIE, DANS LA PARENTÉ CONSANGUINE

Cette recherche, qui termine systématiquement notre examen clinique, nous a permis de déceler des symptômes similaires, subjectifs et objectifs, chez la majorité des ascendants, collatéraux, descendants de nos malades.

Presque toujours, c'est la mère ou la fille, ou, d'une manière générale, les sujets du sexe féminin, qui sont aussi touchés. Cela est parfois évident par le seul interrogatoire. Plus fréquemment seul existe un signe de Schvostek spontané.

Dans notre étude biologique, nous reviendrons sur le caractère familial, héréditaire, du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, qui est, pour nous, un important élément de diagnostic.

12. — LE CARACTÈRE ÉVOLUTIF DU SYNDROME

Le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie est essentiellement chronique ; certains de ses éléments, atténués, dont les paroxysmes sont séparés par des intervalles de durée variable, se retrouvent dans l'anamnèse de nos malades, dès l'enfance et surtout aux périodes de passage difficile : adolescence, débuts

professionnels, conflits affectifs, conflits et événements sociaux, étapes génitales, affections intercurrentes.

Fait capital, si le traitement biologique apporte, de règle, une amélioration rapide, spectaculaire, on assiste à des rechutes, plus ou moins graves, s'il n'est pas maintenu à une posologie suffisante ou d'une façon continue. Le traitement nous paraît, en effet, plus substitutif que curateur. Nous y reviendrons, mais il convenait de rapprocher ce caractère chronique, évolutif, du caractère familial, héréditaire, évoqué plus haut.



Pour compléter ce tableau clinique qui nous paraît devoir mériter au sein de la nosologie neuro-psychiatrique une place particulière, il nous faut aborder l'étude de certaines *formes cliniques* :

I) *Formes selon le sexe.* — La *forme de la femme* est la plus fréquente et la plus caractéristique.

La *forme de l'homme* est beaucoup plus rare (moins de 10 % dans notre série). Quelques traits lui sont particuliers : rareté du signe de Schvostek spontané, symptomatologie en général moins bruyante, résultats thérapeutiques plus longs à obtenir et moins complets que chez la femme.

II) *Formes selon l'âge.* — Le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie peut s'observer à tous les âges, puisque c'est une affection le plus souvent familiale, chronique, évolutive.

En ce qui concerne les « *formes tardives* », chez la femme surtout, il s'agit plutôt de formes anciennes de diagnostic tardif, car l'interrogatoire révèle un long passé pathologique où l'on reconnaît la marque « spasmophile », mais qui a fait considérer, à tort, la malade, par son assiduité auprès de multiples médecins (ou guérisseurs ou homéopathes), comme une « fonctionnelle », une hypochondriaque habituelle. A noter que le traitement n'est pas moins actif dans ces formes anciennes méconnues que dans les formes traitées dès les premières manifestations.

Intéressantes sont les *formes de l'enfant*. Dès les premiers jours de leur vie, ces enfants spasmophiles se sont révélés insomniaques, faisant passer des nuits blanches à leurs parents, les tyrannisant par leurs cris, leurs pleurs, leurs sanglots impressionnants, leurs colères — et, d'une manière générale, par une instabilité psycho-motrice considérable. S'y ajoutent des terreurs

nocturnes, des cauchemars, des réveils en sursauts, des tics divers ou autres mouvements automatiques. Entre 7 et 12 ans, les conflits affectifs ne sont pas rares. L'activité scolaire se ressent de ce terrain spasmophile, et, maintes fois, nous observons, au moment où le syndrome se déclenche nettement, une chute corrélative du rendement scolaire, et, inversement, une amélioration des résultats scolaires parallèle à l'amélioration clinique post-thérapeutique.

De sorte que, devant toute instabilité psycho-motrice ou baisse subite du rendement scolaire chez l'enfant, le signe de Schvostek doit être recherché. On sera frappé par sa fréquence et la qualité des résultats thérapeutiques.

III) *Les formes pures ou avec prédominance d'un symptôme.* — Bien étudiées par H.-P. Klotz, elles nous ont paru toutefois nettement moins fréquentes que le syndrome global.

Mais il faut convenir que, chez certains sujets, certains symptômes prédominent avec une telle intensité qu'il est légitime de décrire, entre autres que nous étudierons spécialement plus loin des *formes parétiques transitoires* (Boothby, 1932 ; Justin-Besançon et Cl. Laroche, 1944), des *formes lipothymiques* (Justin-Besançon et H.-P. Klotz, 1947), des *formes céphalalgiques* (H.-P. Klotz, E. Wolinetz, 1954), des *formes vertigineuses* (H.-P. Klotz), des *formes hépato-digestives*, des *formes cutanées* (psoriasis, sclérodermie, syndrome de Raynaud, maladie de Dupuytren, rhumatisme fibreux généralisé, réticulo-endothéliose cutanée), des *formes oculaires*.

Ces formes prévalentes conduisent, si l'on n'y prend garde, à de fâcheuses erreurs de diagnostic, comme ce fut le cas d'un de nos malades qui présentait de telles crises vertigineuses qu'on l'admit dans un service de neuro-chirurgie où aucun trou de trépan et autres examens ne lui furent épargnés, sans résultat, alors qu'un épisode vertigineux identique, quelques années après, guérit en quelques jours par le traitement de sa spasmophilie.

Il en est de même pour les formes céphalalgiques, quand elles sont accompagnées de signes de la série tumorale. H.-P. Klotz (1956) en rapporte un cas démonstratif.

IV) *Formes associées.* — Nous entendons par là l'association au syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie d'autres syndromes, assez fréquente pour que le problème étiologique et celui de la précession d'un syndrome par rapport à l'autre puissent se poser.

Nous en citerons simplement quelques-uns, car nous aurons à faire état, de ceux que nous omettons ici, dans notre étude biologique et étiologique.

Dans le *domaine endocrinien*, mis à part le pseudo-basedowisme déjà signalé, les troubles de la série hyperthyroïdienne ne sont pas négligeables. Dans ces derniers mois, nous avons pu déceler plusieurs cas d'*adénome thyroïdien*, dont l'ablation chirurgicale a pu, seule, parfaire l'amélioration constatée par le traitement antispasmodique. Le Basedow vrai associé est rare. Nous avons quelques cas où la thyroïdectomie pour Basedow (justifiée ou non) a été suivie d'un grave syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, étiologie à rapprocher de celles des cas rapportés par Knospe (1938), Delay et coll. (1948). Lièvre (1931), Snappe (1931) ont rapporté le déclenchement de graves troubles de la série tétanique après adénomectomie pour maladie de Recklinghausen.

Nous ne reviendrons pas sur la *ménopause pathologique* (chirurgicale ou non), qui est un facteur déclenchant primordial du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie et qui conduit à des diagnostics erronés de « psychoses climatiques » ou « involutives ». Là encore, le traitement adéquat du syndrome ménopausique est indispensable. A un certain stade, il pourra être arrêté et seul le traitement antispasmodique continué.

Avant d'aborder les associations dans le domaine neurologique, rappelons celle, classique, avec le *rachitisme* (que celui-ci soit antérieur ou contemporain).

Dans le *domaine neurologique*, le signe de Schvostek et certains autres éléments de la série spasmophile ont été décelés dans l'encéphalite épidémique (Hass, 1921 ; Barker et Spunt, 1922 ; Anderson et St-Graham, 1924), la sclérose en plaque cervicale, l'encéphalomyélite aiguë disséminée, un syndrome de Gertsman syphilitique, la chorée, certains syndromes avec lésions du globe pallidus, du noyau dentelé ou de la frontale ascendante, des paralysies post-diphtériques, une méningo-encéphalite ourlienne.

Personnellement, nous avons plusieurs cas de syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie associés à une *maladie de Parkinson* ou à un *syndrome cataplexie-narcolepsie*.

Une recherche systématique nous l'a montré dans les *séquelles des traumatismes crâniens*, posant ainsi d'importants problèmes étiologiques et d'appréciation du taux d'I.P.P. liée à l'accident dans la discussion du syndrome dit subjectif des traumatisés crâniens. Nous exposerons, dans une prochaine publication, nos

recherches à ce sujet, orientées par les remarquables travaux de Bernard-Weil, P. Petit-Dutaillis et Piette (1957).

Ces syndromes neurologiques, bien définis, associés au syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, doivent nous faire souvenir que d'anciens auteurs considéraient les contractions tétaniques comme liées à un « rhumatisme de la portion supérieure de la moelle » (Steinheim, 1830), à une « irritation ou à une lésion de la moelle » (Axenfeld, 1860), et plus précisément à des altérations vasculaires de la commissure blanche antérieure et de la corne postérieure, surtout au niveau du renflement cervical « comme dans le tétanos » (T. Langhans, 1876), conception pathogénique qui justifiait (?) chez les tétaniques les pulvérisations d'éther ou les vésicatoires rubannés le long du rachis.

Nous verrons que, depuis les travaux cliniques de J. Decourt sur les tétanies neurogènes (1939), les travaux expérimentaux de West, Patton et Greenberg, Lanz, Luckhardt et coll., Carlson, Kugelberg, Bénétato, etc... laissent supposer l'intervention du système nerveux central dans le déclenchement des manifestations cliniques de type tétanique.

*
**

Pour en terminer avec l'étude clinique du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, nous étudierons à part, en raison des importants problèmes nosologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques qu'elle pose, deux séries de manifestations concomitantes ou corrélatives (là est la question !) : les manifestations comitiales et les syndromes mentaux de la nosologie classique.

1. — PROBLÈME DES RELATIONS DE LA SPASMOPHILIE ET DES MANIFESTATIONS COMITIALES

Nous rapporterons d'abord l'opinion de H.-P. Klotz qui, avec ses collaborateurs, a remarquablement étudié ce problème, depuis 1948 ; pour lui, les crises comitiales qui apparaissent au cours des tétanies hypocalcémiques sont liées à l'hypocalcémie. Chez les sujets atteints de ce qu'il nomme « la spasmophilie constitutionnelle idiopathique », habituellement normocalcémique, il admet une potentialité épileptogène permanente, qui peut se traduire cliniquement ou seulement par des anomalies du tracé électroencéphalographique.

Sans vouloir approfondir ce problème ici, ce qui demanderait de trop longs développements, nous reconnaissons avoir décelé quelques cas (chez la femme ou l'enfant) où un syndrome épileptique (de type grand mal le plus souvent, parfois de type temporal, exceptionnellement de type petit mal), avec tracé caractéristique, était associé à un signe de Schvostek et à quelques éléments de la série spasmophile, calcémie basse ou normale. Dans chaque cas, seule l'association des deux thérapeutiques anti-épileptique et anti-spasmophile nous a paru efficace, calcémie basse ou non.

Quant aux anomalies, mineures, du tracé électroencéphalographique, signalées par H.-P. Klotz et coll. (1948-1955), sans manifestation clinique comitiale, elles régressent par le traitement anti-spasmophile seul.

Notre intention, pour nous, dans ce problème, n'est pas de trancher entre les deux syndromes, ni de définir la précession de l'un par rapport à l'autre : nous croyons, au contraire (et nous essaierons de le démontrer dans notre étude biologique), qu'il s'agit là de phénomènes de degrés différents, relevant chacun, dans cette forme associée, d'un même trouble métabolique.

Nous ne pensons pas pour autant que la nécessité d'associer les deux thérapeutiques précitées soit contradictoire avec ce que nous avançons. Un même danger, selon son intensité, nécessite des moyens de défense différents et adaptés.

2. — PROBLÈME DES RAPPORTS DE LA SPASMOPHILIE AVEC LES SYNDROMES MENTAUX DE LA NOSOLOGIE CLASSIQUE

Pour nous, ce problème se pose sur les bases suivantes : d'une part, le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie est d'une extrême fréquence dans la pratique médicale courante ; il est le plus souvent méconnu et les malades qui en sont atteints sont étiquetés, d'une façon erronée, selon certaines dénominations de la nosologie classique ; d'autre part, chez des malades étiquetés à *juste titre* selon les critères de la nosologie psychiatrique classique, on peut retrouver certains éléments de la série spasmophile. Que doit-on penser de ces derniers cas ? Existe-t-il des formes de passage entre le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie et les syndromes mentaux authentiques, ou s'agit-il simplement d'une association contingente ?

Un fait d'observation va nous orienter : autant le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, selon notre conception,

est fréquent en pratique neuro-psychiatrique extra-hospitalière (dispensaires, etc...), autant la découverte de signes de la série spasmophile est relativement rare dans les syndromes mentaux classiques, indiscutables, de la pratique neuro-psychiatrique hospitalière.

En effet, si le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie conduit trop souvent à des thérapeutiques de type psychiatrique intempestives et inefficaces, il ne conduit pratiquement jamais à l'internement, tout au plus à quelques rares séjours en service ouvert ou en clinique privée. Par contre, la plupart des syndromes mentaux classiques conduisent, jusqu'à ce jour, en règle, à une hospitalisation coercitive ou non. Dans ces cas, la proportion des signes de la série spasmophile est plus faible ou voisine de celle retrouvée dans une population normale. En regard de nos 500 cas retenus de syndromes neuro-psychiatriques de la spasmophilie, nous ne pouvons apporter que 50 ou 60 cas d'association de syndromes mentaux classiques avec des signes de la série spasmophile, sur plusieurs centaines de malades mentaux observés.

Cette constatation renforce encore notre conviction que le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie mérite bien une *individualisation particulière*.

Nous espérons la faire partager en abordant, maintenant, l'étude des syndromes mentaux classiques dans lesquels on retrouve les signes de la série spasmophile.

1) *Les oligophrénies*. — Nous recherchons systématiquement le signe de Schvostek chez nos oligophrènes. En pratique hospitalière, nous le décelons rarement. Par contre, chez les enfants débiles des consultations de dispensaire, et surtout dans les classes de perfectionnement, nous le retrouvons fréquemment. Comme chez l'enfant normal, le contexte est celui de l'instabilité psycho-motrice, de l'inattention, des troubles de l'humeur, des tendances aux fugues (Bergeron, Bensoussan), et d'autres troubles du comportement. Le traitement anti-spasmophile permet d'amender, dans une certaine mesure, ces manifestations, mais, si le rendement scolaire s'en ressent heureusement, il n'a aucun effet sur le niveau mental réel.

Nous regrettons de ne pas avoir recherché systématiquement le syndrome décrit par Albright et coll. (1942), qui associe les signes cliniques et humoraux de la spasmophilie hypocalcémique à une oligophrénie, une morphologie particulière (obésité rela-

tive, aspect trapu, face lunaire), une bradycardie. Nous soupçonnons en avoir un cas, mais nous n'avons pu rechercher le test de Ellswood-Howard (non-réponse de la cellule rénale à l'hormone parathyroïdienne).

2) *La paralysie générale.* — Sachant que Potain avait publié, en 1878, un cas de tétanie « comme signe de début de la paralysie générale », nous avons recherché systématiquement le signe de Schvostek sur nos nombreux paralytiques généraux. Ce fut en vain.

3) *La psychose maniaco-dépressive.* — Dans ce groupe nosologique, il convient d'être très prudent avant d'attribuer à la diathèse spasmophile le déclenchement d'un état maniaque et surtout mélancolique.

Nous avons, au début de cette étude, insisté sur le diagnostic différentiel qui sépare, pour nous, malgré les apparences, le syndrome mélancolique du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie où prédomine l'anxiété. Nous n'y reviendrons pas. Les tentatives de suicide signent pour nous le syndrome mélancolique et éliminent le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie. Les cas signalés, tel que celui de J. Paraf et coll. (1939), nous paraissent ressortir plus de la mélancolie de la psychose maniaco-dépressive que de la spasmophilie. Quant aux syndromes « mélancoliques » après thyroïdectomie ou adénomectomie pour maladie de Recklinghausen, cités par Lièvre, Snapper, Knospe, Delay et coll., leur rareté, la complexité de leur genèse ne permettent pas de conclure.

D'ailleurs, c'est un fait d'observation que la convulsivothérapie appliquée abusivement chez les spasmophiles n'a pas son efficacité élective dont bénéficie la vraie mélancolie. Au contraire, les électrochocs aggravent les syndromes pseudo-mélancoliques de la spasmophilie.

Ainsi, pour lever l'incertitude de Kræpelin qui était surpris de trouver, chez les « tétaniques », « un mélange de schizophrénie et de manie », nous insisterons, avec P. Abély et coll. (1949), sur la rareté du signe de Schvostek et des éléments de la série spasmophile chez les maniaco-dépressifs authentiques. Nous n'en avons vu que cinq cas.

Là encore, si le traitement antispasmophile apporte une nette amélioration du comportement entre les accès, si, peut-être, il en atténue la fréquence, il ne jugule en rien leur déclenchement et leur évolution.

4) *Les délires systématisés, hallucinatoires ou non.* — Avec P. Abély, nous pouvons faire les mêmes remarques que ci-dessus : les éléments de la série spasmophile sont rares chez les délirants.

Certes, dans le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, le sujet exprime quelques tendances interprétatives avec thème de persécution, de revendication, de jalousie notamment, ou quelques tendances passionnelles. Mais, jamais, ces thèmes n'ont la systématisation et la structure paranoïaques (Génil-Perrin, Montassut) ou la sthénie passionnelle vraie, qui caractérisent les délirants de nos populations hospitalières.

Quand elles existent (très rarement), ces ébauches délirantes évoquent plutôt les tableaux cliniques décrits par Kretschmer où le « sentiment d'insuffisance humiliante » conduit, si le traitement n'intervient pas assez tôt, aux « délires de relation à base sensitive », qui entrent dans le cadre des délires curables (« s'insérant dans le réel »), bien étudiés par Valence (1927) et Mlle P. Petit (1937).

Ces ébauches délirantes, pour rares qu'elles soient, ne sont pas pour nous surprendre, si on admet, avec Guiraud, l'origine cénesthésique de certains délires. N'a-t-il pas, dès 1925, considéré ces formes délirantes comme des « cénestopathies dystoniques » et signalé des troubles de la chronaxie ? Notre étude biologique apportera, pour une part, une confirmation à cette thèse.

Disons, enfin, que, chez nos spasmophiles, nous n'avons jamais observé d'états délirants aigus ou d'expériences délirantes primaires au sens de Jaspers et de H. Ey, ni de syndromes hallucinatoires (hallucinations sensorielles, automatisme mental, syndrome d'influence).

Toutefois, nous avons noté, exceptionnellement, un certain mentisme, quelques tendances aux états hypnagogiques, et une facilité à l'eidétisme (état eidétique tétanoïde de Jaensch).

Au total, chaque fois où existait un véritable délire systématisé, hallucinatoire ou non, de structure et de thèmes variés, il s'agissait d'une psychose évoluant pour son propre compte, où les éléments de la série spasmophile étaient contingents. Le traitement antispasmophile n'avait qu'un relatif résultat amendant.

Quant aux *syndromes confusionnels avec onirisme*, signalés par divers auteurs dans la « tétanie » depuis Franckl-Hochwart (1891), Schultze (1897), Luther (1901), Lapinski (1907), Hirschl (1914), il faut bien remarquer qu'ils sont, tout au moins dans les observations qui sont valables, en rapport avec de graves

troubles métaboliques, complexes, après thyroïdectomie ou ablation des parathyroïdes, réalisant, sur le plan clinique, les faits observés par les expérimentateurs sur l'animal. Ces conditions étiologiques sont bien éloignées de celles, habituelles, du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie. Pour nous, ces manifestations confuso-oniriques n'entrent pas dans le cadre de ce syndrome. Nous n'en avons jamais observé.

Signalons, cependant, quelques cas de syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie déclenchés à la suite d'une anesthésie générale, avec épisode oniroïde intermédiaire parfois intense. D'où la nécessité de l'administration prudente de l'anesthésie générale chez les spasmophiles.

5) *Schizophrénies*. — P. Abély et coll. (1949) ont souligné « la remarquable fréquence » du signe de Schvostek chez les schizophrènes (15 fois sur 20). Ils rapprochent des manifestations « spasmophiles », leurs tendances impulsives, leurs bouffées d'anxiété anidéique, les réactions émotives excessives et paradoxales, et font un parallélisme entre les contractures tétaniques et certaines manifestations catatoniques.

Si la fréquence des éléments de la série spasmophile nous a paru plus fréquente chez les schizophrènes que dans les autres syndromes mentaux (16 schizophrènes chez nos 50 malades mentaux spasmophiles), encore, une fois, la prudence s'impose. Même dans les cas qui pouvaient être ceux qu'évoquait Kræpelin et qui peuvent être extrêmement trompeurs (nous nous y sommes laissé prendre quelquefois), l'hésitation entre un syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie schizophréniforme et une véritable schizophrénie doit céder par une étude sémiologique minutieuse, une observation assez longue, l'étude biologique et surtout l'épreuve du traitement.

De toute façon, on ne retrouve jamais dans le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, pour peu qu'on prenne le temps d'en faire une recherche approfondie, la dissociation, l'ambivalence, la perte du contact avec la réalité, la perte de l'élan vital, l'apragmatisme, et, *a fortiori*, la structure paranoïde qui caractérisent la schizophrénie.

La coexistence chez le schizophrène authentique d'éléments de la série spasmophile nous paraît, plutôt qu'une coïncidence fortuite, un aspect du dérèglement métabolique évident, par ailleurs, chez ces malades.

Il sera toujours intéressant et utile de rechercher les éléments de la série spasmophile dans les psychoses de conflit pseudo-

hébéphrénique, témoignage d'un « passage vital difficile » (Guiraud, 1949), de même que dans les névroses d'échec pseudo-hébéphréniques (P. Abély, 1958), sans pour autant y voir un rapport de cause à effet, de règle.

6) *Déséquilibre mental, névroses, hystérie.* — Nous groupons volontairement ici ces trois tableaux cliniques pour étudier leurs rapports éventuels avec la diathèse spasmophile.

Pour l'observateur le moins averti, les sujets atteints du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie sont des « *déséquilibrés* ». Et, de fait, dans notre pratique hospitalière et surtout médico-légale, nous avons décelé, chez nombre de déséquilibrés mentaux et nombre de délinquants (voleurs, escrocs, mythomanes, vagabonds, fugeurs), des éléments de la série spasmophile. Mais nous ne pensons pas que la diathèse spasmophile soit le facteur essentiel de ces cas de déséquilibre mental et de troubles du comportement anti-social corrélatif. Le traitement anti-spasmophile n'a qu'une efficacité réduite et les autres facteurs maintiennent le déséquilibré mental ou le délinquant dans sa conduite anormale.

Le problème de l'*alcoolisme* dans ses rapports avec les éléments de la série spasmophile nous paraît trouver sa place ici, entre le déséquilibre mental et les névroses. Fait caractéristique, l'alcoolisation est pratiquement inexistante chez nos malades. C'est que le terrain spasmophile ou le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie est singulièrement aggravé par l'absorption d'alcool, même minime. Aussi, si certains malades cherchent un « *doping* » ou un refuge toxicomaniac, ils abandonnent vite l'alcool, après un essai malencontreux, pour se tourner (à tort) vers le caféisme, le théisme, voire même les amphétamines. Nous retrouverons dans l'étude biologique l'explication de l'abstinence, voire même de l'aversion, du spasmophile pour les boissons alcoolisées.

En abordant, enfin, les *névroses* et l'*hystérie*, dans leurs rapports avec les symptômes de la série spasmophile, nous serons encore plus sévère pour les étiquettes dont on affuble les malades présentant un syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie authentique. Sous la plume de la plupart des auteurs, depuis J. Simon (1886), Raymond (1888), Nicolajévitch (1893), à qui mieux-mieux, les appellations d'état névropathique, de névroses, de neurasthénie, de psychasthénie, d'états hystériformes, d'hystérie pleuvent sur nos pauvres malades.

Nous croyons qu'elles sont injustifiées : de ce qu'un malade exprime, au sein d'un tableau d'anxiété ou d'hyperémotivité exagérée, des allégations apparemment hypocondriaques, une agressivité de type névrotique, des crises de contorsion, de contractures, même les plus théâtrales et les plus apparemment psychogénétiques, on n'a pas le droit, croyons-nous, d'en inférer systématiquement à la réalité d'une névrose ou d'une hystérie. Devant ces malades, il faut dans un premier temps — *a priori* — dépister ou éliminer le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, et, dans un deuxième temps, rechercher les éléments structuraux de la névrose et de l'hystérie, en se souvenant que le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, nous l'avons dit, a pour caractéristique de ne pas modifier, par lui-même, en aucune façon, la structure de la personnalité.

Qualifier ces malades de névrosés ou d'hystériques, c'est renouveler l'erreur de Trousseau qui, influencé par les idées de son époque, considérait la main d'accoucheur comme une « violente attaque d'hystérie », alors qu'elle exprime un trouble métabolique particulier, « de nature incontestablement physique » (J. Decourt).

Que les émotions, les conflits affectifs jouent un rôle important dans le déclenchement et l'aggravation des paroxysmes du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, c'est évident ; mais c'est prendre, malgré tout, l'effet pour la cause, que de mettre au premier plan le rôle des émotions et des conflits affectifs. Nous le voyons bien chez nos malades traités, où les mêmes émotions, les mêmes conflits, qui persistent, n'ont plus le même retentissement. Cette nouvelle ataraxie n'est pas sans étonner nos malades qui, eux aussi (ne suggestionnent-ils pas leurs médecins ?), considéraient ces situations émotives, ces conflits, comme à l'origine de leurs troubles.

Nous devons rapporter, toutefois, quelques cas où nous avons vu régresser rapidement par le traitement anti-spasmophile seul, sans aucune psychothérapie associée, des tableaux, où prédominait une symptomatologie obsessionnelle, ou phobique impressionnante. Pour nous, il ne s'agissait, en réalité, que de la résurgence de tendances obsessionnelles ou phobiques, assez banales, sous l'effet d'un paroxysme « spasmophile », de même que la manie, par exemple, révèle certaines tendances obsessionnelles comme l'a montré L. Michaux (1948). En aucun cas, en effet, on ne retrouvera, chez le malade présentant seulement le syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie, la structure compulsive fondamentale des névroses et de l'hystérie.

Que le terrain spasmophile soit *un* des soubassements organiques de toute névrose ou hystérie, — soubassements indispensables comme ne les méconnaissaient ni Freud, ni P. Janet —, c'est probable. Nous en avons une dizaine de cas. Mais, dans ces cas, la structure névrotique ou hystérique ne régresse nullement par le traitement anti-spasmophile, et le problème thérapeutique et pronostique est tout autre.



Au terme de cette longue étude, sémiologique et critique, du syndrome neuro-psychiatrique de la spasmophilie (1), nous espérons qu'il occupera une place bien à part dans la nosologie neuro-psychiatrique, tout en restreignant l'extension abusive de l'étiologie spasmophile dans les syndromes mentaux.

Puisse notre effort d'individualisation de ce syndrome, qui donne de si encourageantes satisfactions thérapeutiques, effort qui ne nous paraît pas avoir été poussé assez loin avant nous, trouver sa justification dans l'intuition de J. Decourt, lequel, non psychiatre, dès 1929, trouvait chez ces malades « un air de famille », entrevoyait la « nécessité de différencier ces états anxieux paroxystiques des autres états anxieux d'origine mentale », et enfin, dans le souhait formulé par un élève de ce même auteur, A. Pasquier (1947) : « ...Un psychiatre serait plus autorisé pour analyser et *définir exactement* les troubles psychiques de la tétanie. »

(à suivre).

*(Centre psychiatrique de traitement, de post-cure,
et de réadaptation sociale, en placement familial,
de la Préfecture de la Seine, à Ainay-le-Château, Allier)*

(1) La bibliographie paraîtra à la fin de l'étude complète du syndrome.

A PROPOS D'UN CAS D'ACCIDENTITE (*)

PAR

G. S. PHILIPPOPOULOS

*Professeur agrégé de Psychiatrie
à l'Université d'Athènes (Grèce)*

Les branches de la médecine les plus éloignées entre elles dans le domaine de la nosographie et dans celui de la thérapeutique sont, sans aucun doute, la psychiatrie et la chirurgie (Kouretas) (1).

Pourtant, les tendances les plus récentes de la médecine psychosomatique cherchent à jeter un pont sur ce vide qui existe entre ces deux spécialités médicales et apportent une nouvelle lumière pour l'interprétation étiologique de nombreux problèmes de la pathologie chirurgicale.

« Nous ne sommes pas loin, disait le professeur English (2), du jour auquel nos réflexions, même les plus différentes, sur l'explication étiologique de la plupart des entités nosologiques, de la chirurgie et de la pathologie, trouveront une interprétation convaincante au moyen des données de la psychiatrie. »

L'un des problèmes les plus communs de la pathologie chirurgicale, qui constitue aujourd'hui l'objet d'une recherche toute particulière de la médecine psychosomatique, est aussi l'accident, sous forme de fracture, à la suite d'une infraction au code de la route, comme un accident d'auto, etc...

Le fait que les différents individus présentent aussi un degré différent de disposition ou d'aptitude (réceptivité) à l'accident

(*) Communication à la Société neuro-psychiatrique d'Athènes. Séance du 19 janvier 1956, sous la présidence du professeur G. Pamboukis.

(1) D. KOURETAS. — *Psycho-analyse et pathologie chirurgicale* (en grec), 1950, Athènes.

(2) O. ENGLISH, SPURGEON. — Conférences cliniques, Philadelphia, 1950-1951.

constitue aujourd'hui une vérité scientifique généralement admise.

« Le grand problème, écrit Hirschberg (3), est de savoir si nous pourrions ou non tracer des critères scientifiques objectifs au moyen desquels nous serons en état de mesurer d'une certaine manière le degré d'aptitude à l'accident chez les différents individus. »

Du point de vue psychopathologique, les accidents sont classés, potentiellement, en deux catégories étiologiques : 1) ceux qui se produisent comme des blessures de soi-même inconscientes à la suite de sentiments de culpabilité profondément refoulés, et 2) les accidents qui sont, jusqu'à un certain point, consciemment recherchés par le patient et constituent une manifestation de troubles entre ce dernier (le malade) et l'archétype autoritaire de rapports sentimentaux.

Il est très probable que certaines conditions et situations spéciales agissent comme des facteurs « précipitants » pour l'éclosion de la disposition (tendance) malade à l'accident, que Dunbar appelle « accidentite » (accidentitis) (*).

Les émotions actuelles, par exemple, les traumatismes psychiques récents, l'insuccès de l'effort pour le rétablissement des rapports avec le milieu, certaines déceptions sentimentales, mais aussi de vieux conflits psychiques, constituent des facteurs qui sans aucun doute contribuent à l'aptitude à l'accident.

Pour Le Shan (4), les individus qui sont portés aux accidents

(3) J. C. HIRSCHBERG, L. ROGERS et al. — A Study of Miners in Relation to the Accident Problem. *Psychiatric Evaluation. Orthopsychiatry*, 1950, 20, 551-559.

(*) Il s'agit de la réceptivité particulière, propension ou aptitude, d'une tendance par habitude que montrent certains individus d'avoir des accidents et spécialement des fractures (recherche de l'accident ou recherche de la fracture, selon Kouretas) qui, bien qu'ils soient attribués à des motifs extérieurs, imprudence ou maladresse, sont dus, selon les recherches psychoanalytiques, à des conflits subconscients et psychiques plus profonds du sujet. Selon Dunbar, un rôle intéressant dans l'éclosion de l'accidentite est joué par la soi-disant pseudo-hérédité. On a précisé statistiquement l'existence dans la même famille de personnes souffrant de la même maladie par affluence, et cela a conduit à la formation de la théorie convaincante de la disposition à la maladie (exposition à la maladie), qui justement signifie que l'individu souffrant avait probablement une autre ou d'autres personnes dans sa famille souffrant de la même maladie et, de ces personnes, il a faussement hérité (il a recopié, pour ainsi dire), la maladie. (Voir aussi : G. S. PHILIPPOPOULOS. — *Les thyroïdo-toxicoses du point de vue psychosomatique*. Dissert. pour l'agrégation, Athènes, 1953, p. 9-12).

(4) L. L. LE SHAN. — Dynamics in Accident Prone Behaviour. *Journ. Psychiatry*, 1952, 15, 73-80.

ou sujets aux fractures présentent certains indices caractéristiques assez typiques de personnalité.

Ils ont habituellement des rapports sentimentaux superficiels avec leur milieu ; ils sont possédés par une inquiétude sans mesure concernant leur santé et la conservation de leur intégrité corporelle. Ils recherchent l'ascension sociale rapide, mais d'habitude ils échouent dans ces aspirations, chose qui justement constitue, pour eux, une source de déceptions et de frustration psychiques. Ce sont de plus des individus qui nourrissent habituellement en eux des sentiments de haine, d'hostilité et de rancune contre l'autorité des archétypes dans la famille, et qui entretiennent et étendent plus tard ces sentiments à la société et à ses lois, tandis que leurs propres projets et leurs plans pour l'avenir sont habituellement d'une piètre essence et en général erronés.

Pour Dunbar (1942-1947) (5, 6), ceux qui tendent à l'accident présentent des traits tout à fait contraires à ceux qui sont malades d'affections de l'appareil circulatoire (hypertension, angine de poitrine, etc...).

Ces derniers sont d'habitude des individus de volonté puissante, doués de patience et d'une maîtrise de soi excellente, qui cherchent et qui acquièrent en général le succès dans la vie. Ils ont en eux des projets de longue haleine pour l'avenir et vivent sous « le principe de réalité » (reality principle), ou, en d'autres termes, ils remettent le plaisir temporaire à un temps plus opportun et plus durable.

Par contre, les sujets qui tendent à l'accident sont caractérisés par une vie pleine d'impulsions, sans système, aventureuse, déréglée et désordonnée.

Ils agissent et développent leur action sous l'influence et l'incitation du moment et manifestent souvent une hostilité ouverte, et d'habitude incomplètement réfrénée, envers les personnes qui se présentent, dans la société, le pouvoir, la loi et l'autorité (authority figures).

Parallèlement, leur comportement est régi, en quelque sorte, par des sentiments d'une culpabilité profondément enracinée, sous l'influence desquels ils sont portés vers l'échec et l'autopunition. En général, on rencontre ces individus parmi les chemineaux, les insoucians et les désœuvrés, qui « supportent diffi-

(5) DUNBAR, FRANDERS. — *Psychosomatic Diagnosis*, New-York, 1943.

(6) DUNBAR, FRANDERS. — *Mind and Body. Psychosomatic Medicine*, New-York, 1947.

cilement la discipline, soit sous forme d'obéissance à l'autorité, soit sous forme de soumission intérieure aux injonctions du Sur-moi. » (Alexander).

D'un point de vue plus profondément détaillé, le comportement des individus enclins à l'accident est déterminé par deux principes et types fondamentaux :

Les tendances buccales, et spécialement les tendances buccales agressives, existent dès le début et se maintiennent plus tard très puissantes.

D'autre part, la libération du complexe d'Œdipe s'est opérée imparfaitement, à la suite de quoi il est resté, comme une sorte de reliquat, un potentiel assez important d'animosité, de haine et de rancune envers les puissants archétypes des parents, escorté de l'indispensable sentiment de culpabilité.

L'animosité, d'abord tournée vers les archétypes des parents, se répand plus tard, en s'étendant sur le milieu et ses prescriptions sévères, sur les lois et les décrets de la société, et troublant la sécurité intérieure du sujet dans le sens du conflit des rapports entre l'archétype et le subordonné (dépendant).

Le comportement qui résulte de ce trouble est justement celui qui caractérise les individus enclins à l'accident : « Le souffrant, qui agit plutôt qu'il ne réfléchit, possédant un potentiel peu élevé de tolérance aux déceptions et aux humiliations au cours de la lutte pour la prédominance, cherche à prévaloir sur son milieu et à le contrôler durant sa marche ascendante dans la société. » (Le Shan).

Pourtant, ces efforts échouent, parce que l'individu est impropre à supporter des tendances psychiques d'un seuil élevé, en conséquence de quoi son élan vers la prédominance échoue.

Cet échec (à la prédominance) se transforme en contrôle et blâme de soi-même, dont la conséquence est la culpabilité et les désirs d'autopunition qui en résultent, c'est-à-dire l'accident qui, tout en satisfaisant d'une part le désir inconscient de l'individu de se punir, justifie en même temps l'échec quant à la prépondérance sociale.

Pour Franz Alexander (1950) (7), le mobile psychologique le plus commun qui provoque l'accident constitue d'habitude le sentiment de culpabilité par lequel la victime cherche (d'une manière inconsciente naturellement) à expier le Moi coupable

(7) FRANZ ALEXANDER. — *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*, New-York, 1950, 94, 212-215.

devant le Surmoi tyrannique, au moyen de la punition qu'il s'impose à lui-même.

« Cette étrange attitude sentimentale, dit Alexander, est profondément enracinée dans l'âme humaine ; la souffrance expie la culpabilité. »

« Chaque fois que le petit enfant commet une mauvaise action, il est puni. En conséquence, il souffre de la punition qu'on lui a imposée et au moyen de la souffrance survient " la réconciliation " avec l'archétype paternel punisseur, et alors se rétablissent son amour et sa confiance envers lui.

« La législation pénale s'appuie sur le même principe : le criminel subit sa peine et après cela il revient à la société pour ainsi dire purifié.

« Notre conscience morale se comporte d'une manière analogue, comme un juge intime et incorruptible qui impose sa propre punition pour les mauvaises actions du Moi humain. La souffrance soulage l'homme des douleurs de la conscience et rétablit la paix intérieure. »

Ce qui provoque le plus chez les enfants le sentiment de culpabilité est la désobéissance et l'animosité envers les parents.

Les individus qui sont sujets à des accidents portent en eux, même dans leur vie d'adultes, immuables et pourtant profondément enracinées, la rancune infantile et l'agressivité envers tout individu d'autorité et de domination dans la société, c'est-à-dire envers tout ce qui remplace l'archétype parental. Cependant, ils conservent en même temps le sentiment de culpabilité qu'ils resentaient au début relativement à leur comportement envers l'archétype punissant, et déploient de plus la réceptivité subconsciente envers l'accident qui, en tant qu'autopunition, constitue l'expérience de purification dans la chaîne du cycle de culpabilité, mais symbolise de plus la tendance de celui qui a subi l'accident à « briser » les lois et les décrets de la société pour devenir indépendant et libre de leur influence tyrannique (*).

Il y a sans doute d'autres facteurs et tendances psychologiques, et surtout subconscientes, qui provoquent les accidents comme, par exemple, le désir d'éviter les responsabilités, le désir de s'attirer l'affection et la sympathie, comme aussi la tendance à la compensation, facteurs qui, « bien qu'ils ne soient pas tout

(*) Celui qui se casse les os et celui qui brise les lois ont un comportement similaire, mais leur différence consiste en ce que le premier est victime d'un accident, tandis que le deuxième commet une action antisociale qui doit être punie (Dunbar).

à fait conscients, sont pourtant quelquefois légèrement ressentis par ceux qui les portent » (Alexander). Gibberson (rapporté par Weiss et English) (8) oppose à l'interprétation étiologique des accidents, du point de vue psychologique, la peur, la maladie, l'inquiétude psychologique, l'ennui, et d'autres encore.

La colère, d'autre part, l'arrogance, le caractère difficile (de contradiction), le comportement puéril, etc... jouent sans doute leur rôle dans la naissance des accidents *qui sont provoqués par deux facteurs essentiels* : le manque d'accord entre les fonctionnements psychosomatiques et l'inattention.

Otto Fenichel (1945) (9) soutient que certains individus, au lieu de se révolter contre les substituts puissants de l'autorité dans la société, cherchent, au moyen de sacrifices de douleurs et d'« accidents préparés inconsciemment », à se concilier leur Surmoi tyrannique et inflexible, à cause de leurs sentiments de culpabilité profondément enracinés, dont le *Moi* a parfois connaissance (*).

Notre cas concerne un patient âgé de 33 ans, médecin militaire en activité, qui a été hospitalisé dans la section chirurgicale du N.I.M.T.S. (**), du 11 août 1953 au 9 mai 1954, pour blessure.

Voici l'historique du cas :

A 23 h. 30, le 11 août 1953, le malade, se promenant avec des amis dans une rue d'Athènes, est tombé sur l'occiput dans un effort pour donner un coup de pied à une boîte de cigarettes vide. Immédiatement après sa chute et pendant quelques minutes il pouvait répondre aux questions mais difficilement, avec lenteur et confusion, tout en se plaignant d'un intense mal de tête et d'une incapacité de mouvements. Peu après, il est tombé dans un état de perte totale de conscience et

(8) Ed. WEISS and O. Sp. ENGLISH. — *Psychosomatic Medicine*, Philadelphia, 1943, 169, 743-748.

(9) OTTO FENICHEL. — *Psychoanalytic Theory of Neuroses*, 196, 500.

(*) Alexander, complétant le point de vue de Fenichel, écrit ce qui suit : « L'individu qui tend à l'accident est habituellement de caractère impétueux. C'est une personne qui transforme les incitations momentanées en activité. Il a eu lui la désobéissance profondément enracinée et cultive la disposition rebelle envers les règlements sévères de son éducation, en même temps que la rancune envers les personnes puissantes de son milieu familial d'abord et ensuite de son milieu social. Parallèlement, il possède une conscience sévère et stricte qui le rend coupable des sentiments de désobéissance et de rancune. Au moyen de son accident, préparé inconsciemment, le sujet exprime sa désobéissance et son désir de vengeance tout en expiant ses sentiments par sa blessure. »

(**) N.I.M.T.S. — Hôpital des Familles des Officiers, Athènes (Grèce) (Nossileftikon Idryma).

c'est dans cet état qu'il a été transporté à N.I.M.T.S. Le matin du 13 août 1953, l'examen neurologique qui a été fait par nous a donné les résultats suivants :

La pupille droite a été trouvée dans un état de dilatation maxima. Celle de gauche est normale et réagit physiquement à la lumière et à l'accommodation. Pas de raideur cervicale. Pas de Chvostek. Pas de vomissements. Les répercussions des tendons et les réactions cutanées se produisent physiologiquement.

Le 15 août 1953, l'état est amélioré. Le souffrant s'est remis mais pas tout à fait. Il présente des troubles de mémoire et l'amnésie s'étend au-delà de l'accident. Il y a aussi un défaut d'orientation dans le temps. Le souffrant se plaint de céphalalgie et de diplopie à droite. Quelque temps après la situation se rétablit entièrement et le malade est sorti (de l'hôpital) avec une permission de convalescence de 45 jours.

Investigation psychosomatique. — Il s'agit d'un individu de haute intelligence et de parfaite formation. C'est le deuxième enfant d'une famille bourgeoise de quatre enfants en tout, dont un seul est du sexe féminin.

Les parents sont en vie. Depuis toujours, le malade était le type du « révolté ». Souvent il a été battu par le père, envers lequel il était très souvent impertinent. La mère est « plutôt de type nerveux » et le père est décrit comme un individu calme mais, en outre, comme la personne qui s'imposait dans la famille.

Une fois, au cours de son enfance, le malade est tombé d'une barre fixe sur laquelle il s'exerçait et, à la suite de cette chute, il a eu une blessure dans la région occipitale. Pas d'événements importants à signaler pendant l'adolescence. Il ne mentionne pas non plus d'accidents dans la famille. L'initiation sexuelle et la vie sexuelle actuelle du malade sont physiologiques. Il a fait ses études et les a terminées à l'Ecole militaire de médecine, avec des résultats satisfaisants. Sa vie militaire, assez brève, est caractérisée par quelques exemples, pourtant typiques, de conflits avec ses supérieurs, du récit desquels apparaît clairement sa tendance à la désobéissance et à l'indiscipline, « bien que la raison fût toujours de mon côté », comme il dit lui-même.

Une fois, il a refusé d'exécuter un ordre de son commandant, en Corée, pendant la bataille, et une autre fois il se heurta, sur une question de sa compétence, avec son commandant, pendant les opérations sur le mont Grammos ; il paraît qu'il fut plus tard justifié par les événements, pour son attitude contre la discipline, du moins selon ses propres dires.

Dès son admission à l'Ecole militaire de médecine, il avait un penchant particulier pour la chirurgie. Il recherchait, dès les premières années de ses études médicales, à entrer en contact avec des

malades chirurgicaux surtout. Il perdit la première occasion de participer à un concours de spécialisation en chirurgie parce qu'il servait, alors, sur le front de Corée.

Après son retour de Corée, il avait été obligé, par ordre de l'Etat-Major, d'aller en Amérique pour un stage de perfectionnement concernant des questions d'ordre administratif. Il ne le désirait pas ; il eut recours à des protections politiques pour annuler l'ordre y relatif, et il y parvint.

Pourtant, plus tard un nouvel ordre avait été émis, qui annulait l'annulation du premier ordre et obligeait le malade à un départ hâtif aux Etats-Unis. Deux jours avant son départ, le malade tombait victime de l'accident pour lequel il a été hospitalisé à N.I.M.T.S.

Voici quelques points de son propre récit rédigé par écrit : « C'est la deuxième fois que je manque une occasion précieuse d'arranger ma vie. J'ai manqué la première à cause de mon absence en Corée. Un concours a eu lieu à cette époque pour l'acquisition d'une spécialisation. On m'a considéré comme non existant et je n'en ai rien su. Quand je suis rentré de la Corée, on m'a comblé de promesses, qui m'ont paru devoir se réaliser que deux ans plus tard. En effet, c'est le 19 octobre de cette année qu'aura lieu un concours de ce genre. Je me sens assez prêt puisqu'il y a deux ans que je m'y prépare. »

Le 18 juillet, quelque chose comme un coup de tonnerre : on m'ordonne d'aller en Amérique pour un stage éducatif de sept mois. Dans n'importe quel autre cas, cela m'aurait fait plaisir. D'ailleurs, il n'y a pas de comparaison entre la Corée et l'Amérique. Et puis, on gagne toujours quelque chose de plus là-bas, et c'est sûrement mieux que d'être commandant d'une ambulance de campagne, avec les soucis bien connus qui sont attachés à ce poste. Mais le concours ? l'oublier ? attendre encore ? étudier de nouveau les mêmes choses jusqu'au prochain concours qui aura lieu dans deux ou trois ans ?

Pourtant je ne suis plus jeune. Dans deux mois j'aurai 33 ans. Tous mes camarades ont déjà réglé leur travail scientifique et leur situation économique.

Abandonner la chirurgie ? rester moi aussi comme certains malheureux « médecins-chefs » qui vivent par-ci par-là et qui ont même oublié comment on lit ?

A tort ou à raison, je nourris dans ma vie un désir que l'armée empêche tout le temps de réaliser. Je veux devenir chirurgien. Je crois que c'est seulement en cette qualité que je ferai quelque chose dans la vie, moi aussi. Autrement, mieux vaudrait déchirer mon diplôme. Que faire de l'Amérique en ce moment ? Apprenons la médecine grecque d'abord et après nous irons voir la médecine étrangère.

Je croyais que ce ne serait pas très difficile d'annuler l'ordre. Il y en a tant d'autres qui veulent y aller et qui n'y sont jamais envoyés. Qu'on me remplace par l'un d'eux. Je me suis trompé. Ils sont tous

inflexibles. Et c'est ainsi qu'ont commencé, pour la première fois dans ma vie militaire, à circuler dans mon esprit des pensées étranges qui se traînaient sans pouvoir courir alertement, tantôt naïves et tantôt rusées, tantôt licites et tantôt illicites, tantôt dignes et tantôt humiliantes. J'avais honte de moi-même mais je ne pouvais m'en débarrasser, ni le jour ni la nuit.

Mais je ne dois pas perdre quelque chose que je poursuis depuis des années et dont je suis si près maintenant ; cette pensée me console de l'état piteux où se trouve mon esprit, qui fait de telles réflexions.

J'ai vu le directeur du service militaire. Je lui ai demandé de rayer mon nom sur l'ordre. Je ne voulais pas aller en Amérique. Je préférerais me présenter au concours. Qu'un autre y aille à ma place. M. le Directeur, non seulement ne m'a rien promis, mais il m'a humilié. Je me suis querellé avec lui. Il m'a dit : « Je ne vais pas me mettre, moi, un général de brigade, à discuter avec un simple médecin militaire. »

Je suis parti. Je bouillais en moi-même. Les gâteux, les sclérosés ! qu'est-ce qu'ils y comprennent ! me disais-je.

J'ai fait appel à un député et suis arrivé à faire annuler l'ordre. Mais je n'étais pas tranquille. Je souhaitais quelque maladie, la jaunisse ou une infection sans danger. Pas une blessure, j'en avais peur... Je ne voulais pas qu'il y eût des séquelles. J'avais peur des blessures et des infirmes... J'en avais pensé 700 à peu près en Corée. Une petite désarticulation, me disais-je, ce serait tout ce qu'il me fallait.

8 août 1953 : Ce soir on m'a convoqué au service militaire pour m'annoncer ce dont j'avais justement peur ; dans deux ou trois jours je devais partir pour l'Amérique. L'ordre d'annulation avait été annulé à son tour par un nouvel ordre !

9 août, à l'aube : Je me suis réveillé baigné de sueur. Cauchemar ou réalité ? C'est la première fois que j'ai un rêve si clair et si concret. D'autres fois aussi, bien que rarement, j'ai eu des cauchemars, mais confus et sans enchaînement logique. Pourtant, de ce dernier, je me rappelle chaque détail.

Nous étions une compagnie nombreuse et gaie et nous revenions du bord de la mer. Je me rappelle la plupart des personnes de cette compagnie, dont ma sœur faisait aussi partie.

A un endroit, j'ai salué tous mes amis un à un (et ma sœur aussi) en leur serrant la main, et je suis parti pour traverser perpendiculairement une rue goudronnée où il y avait un trafic terrible d'autos. Une peur vague me possédait, qui devenait de plus en plus grande chaque fois que je voyais les voitures innombrables passer comme des éclairs auprès de moi. Au début je marchais avec hésitation, puis vite, et bientôt je courais, mais la chaussée s'élargissait de plus en plus, de sorte que, bien qu'ayant couru pendant assez longtemps, je me trouvais encore au milieu de la chaussée, où je me suis arrêté,

engourdi et essoufflé. Quelque chose me tenait là immobile, et peu à peu j'ai commencé à sentir que je ne voulais plus partir de là, malgré ma terreur devant les voitures que je suivais de l'œil une à une, au moment où elles s'approchaient. Tout à coup, et sans que je comprenne comment, elle s'était trouvée devant moi ; j'ai vu nettement l'image de l'avant d'une voiture, dans sa partie inférieure, plus bas que le réfrigérateur, comme si j'étais tombé devant ses roues (image que je voyais souvent quand j'examinais les voitures militaires). Je me rappelle jusqu'au type même de cette voiture. Cette image s'est agrandie d'une manière terriblement rapide, a couvert l'horizon en obscurcissant tout devant moi.

Je me suis trouvé, en me réveillant, assis sur mon lit. Je n'ai pas dormi tout le reste de la nuit.

Pour me distraire, je suis descendu vers la mer, respectant minutieusement les règlements de la circulation. Pendant que j'étais dans l'autobus, le bracelet de ma montre s'est cassé. Elle est tombée dans la rue et a été complètement abîmée par les voitures qui passaient.

J'en ai été triste parce qu'il y avait longtemps que je l'avais et parce qu'elle était d'une valeur assez importante. J'ai essayé de considérer cet événement comme la réalisation de mon rêve, sans être pourtant satisfait de l'explication ni pouvoir chasser les inquiétudes que le rêve m'avait laissées. C'est pourquoi j'ai continué à faire attention en chemin.

Le lendemain j'étais plus calme et je suis allé chez un collègue pour demander un livre. Nous nous sommes mis d'accord pour sortir le soir et nous amuser un peu.

L'après-midi on m'a convoqué à l'Etat-Major pour me dire que je partirais dans deux ou trois jours. Je suis parti très énervé. Malgré tout, le soir j'avais assez d'entrain. Nous étions allés dans un cabaret tout près d'Athènes (sur ma proposition parce que j'avais peur de m'éloigner, à cause des moyens de communication).

Aussitôt le programme terminé (il faisait un peu frais), nous nous sommes levés assez tôt pour partir. Quelqu'un, lorsque nous nous sommes trouvés rue du 3-Septembre, a proposé de nous promener le long de cette rue. J'ai eu peur à la pensée que nous marcherions dans une rue si animée et j'ai prié mes amis, sous prétexte qu'on ne s'entendait pas à cause du bruit des voitures, d'aller nous promener dans une autre rue plus calme. En effet, nous sommes allés rue Philis, si je ne me trompe où, peu avant de nous séparer, j'ai tiré mon paquet de cigarettes pour en prendre une. Mais j'ai constaté qu'il n'y en avait plus et, jetant la boîte, je lui ai donné un léger coup de pied.

Je ne me rappelle pas si la boîte est allée très haut ; il est sûr pourtant que, moi, je me suis trouvé très bas. Je ne peux me rappeler rien d'autre. »

Discussion sur le cas

Jusqu'à un certain point, l'accident constitue dans ce cas une recherche consciente du malade pour la réussite de ses projets et, de ce point de vue, nous ne croyons pas que l'intérêt du cas soit diminué.

Il faut en tout cas souligner l'animosité, qui apparaît clairement, la rancune et la rébellion qui se dirigent surtout contre le remplaçant de l'archétype parental sévère, c'est-à-dire contre l'autorité qui est représentée, ici, par la hiérarchie sanitaire militaire dont notre médecin militaire dépend aujourd'hui absolument.

Mais on serait aussi justifié de penser qu'il s'agit d'une origine conflictuelle de poursuite de l'accident, si l'on tenait compte du comportement du malade, qui oscillait entre le devoir et le désir personnel : le débat a eu lieu, c'est-à-dire entre le Surmoi sévère et le Moi faible, et s'est manifesté cliniquement par l'indécision, l'hésitation et la disposition ironique devant l'autorité sévère et le pouvoir.

Nous croyons pourtant que nous devons chercher les causes de l'accident dans des couches psychiques encore plus profondes et, de ce côté, nous considérons le cas présent comme imparfait, parce que ni l'explication dynamique de la recherche de l'accident, ni l'explication génétique de la névrose probablement latente, ne sont ici possibles sans une investigation analytique plus profonde de la personnalité du sujet.

Nous notons en particulier le contenu manifeste du rêve qu'a eu le malade la veille de son accident et son attitude caractéristique concernant la peur qu'il ressentait d'avoir un accident.

« Pas de blessure... j'en avais peur. J'avais toujours peur quand je pensais des blessés ou que je voyais des infirmes... »
« ...Nous étions allés dans un cabaret tout proche, suivant ma proposition, parce que j'avais peur d'aller plus loin à cause des moyens de communication ! » Et ailleurs : « ...J'avais peur en pensant que nous marcherions dans une rue si animée... »

« What a person fears, dit Otto Fenichel (10), he unconsciously wishes for. »

(10) OTTO FÉNICHÉL. — *Loc. cit.*, 196.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 24 février 1958

Présidence : M. Michel CÉNAC, président

Le président a le regret d'annoncer le décès du D^r LITVAK (d'Israël), membre associé étranger de notre Société depuis de nombreuses années.

Il était l'auteur de nombreux travaux, notamment sur la psycho-maniaco-dépressive, sur la maladie d'Unverricht. Il avait publié en 1925 le premier précis de psychiatrie en hébreu. Il fut l'élève du D^r MARCHAND et du D^r SOUQUES à la Salpêtrière.

A la demande du secrétaire général, le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Election de 2 membres correspondants nationaux

Après audition d'un rapport de M. F. ADAM, au nom d'une Commission composée de MM. P. GUIRAUD, E. MINKOWSKI et F. ADAM, rapporteur, le D^r Henri MAUREL est élu membre correspondant national par 16 voix sur 16 votants.

Après audition d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. DAVID, MARTIMOR et Paul ABÉLY, rapporteur, M. le D^r Bernard JOLIVET est élu membre correspondant national par 16 voix sur 16 votants.

COMMUNICATIONS

**Le psychiatre et les éducateurs spécialisés,
par MM. H. DAUSSY et M. LEMAY (Rennes)**

L'adulte responsable d'un groupe de jeunes inadaptés sociaux en internats de rééducation a la tâche redoutable de modifier chaque membre dans le sens d'une progressive socialisation, en lui faisant acquérir maturité et autonomie.

Une erreur fréquente est malheureusement commise : devant les réactions antisociales du groupe, devant les risques de contagion entre membres, devant les dangers d'identification à un sujet qui maintiendra intacte, malgré la présence de l'adulte, la structure inadaptée, l'éducateur a tendance à considérer son rôle comme celui d'un « entraîneur » qui enthousiasmera les enfants et les amènera progressivement à des fins spirituelles et sociales. Toutes les activités seront ainsi conçues dans ce sens et seront maintenues grâce à l'autorité ferme et amicale du « chef ».

Ce comportement sera d'autant plus facilement adopté qu'il évitera bien des états de tension et d'anxiété, issus d'attitudes asociales ou antisociales qui risquaient autrement de menacer l'adulte.

Une telle notion fait oublier qu'il n'est pas possible de juger de la rééducation en profondeur d'un groupe par la façon dont il fonctionne, mais par la manière dont ses membres évoluent.

En réalité, il nous paraît souhaitable de considérer l'internat comme un outil thérapeutique, adaptable à chaque jeune, permettant de découvrir dans les activités journalières celles qui répondent le mieux aux besoins de chaque être. Avec une telle conception, cependant, surgissent de nombreuses difficultés pratiques.

Même avec une formation théorique approfondie, avec sa bonne volonté et beaucoup d'amour pour les enfants, le responsable a du mal alors à faire face à toutes exigences d'une direction de groupe. Embarrassé par ses propres difficultés, lié émotivement, affectivement aux enfants, trop préoccupé par son programme pour avoir le temps et le désir d'étudier les problèmes des autres adultes qui gravitent autour de chaque jeune, il nous semble qu'il ait besoin d'être aidé.

Cette aide ne réside pas seulement dans les conseils de maniement d'un groupe, dans les apports d'idées éducatives, comme on le conçoit généralement. Il s'agit plutôt d'une formation guidée, amenant l'éducateur à donner un jugement objectif sur le groupe, sur chaque enfant et sur lui-même.

Le Dr Amado et l'équipe du Centre d'observation de Vitry estiment que cette aide doit être conçue sous la forme d'un travail de

groupe, l'entretien individuel avec l'éducateur risquant d'amener une participation affective excessive et gênante.

Dans plusieurs Centres américains et canadiens visités, l'entrevue individuelle était au contraire le mode de formation employé et nous l'avons personnellement utilisé pendant une durée d'un an au Centre d'Hawthorne Cedar Knolls School, près de New-York.

A partir de cette expérience étrangère, de conversations avec plusieurs directeurs d'établissements spécialisés (en particulier le Centre de Boscoville, dans la banlieue de Montréal) et de plusieurs années de travail au Centre d'observation de La Prévalaye, près de Rennes, nous tenterons de définir quelques points essentiels de cette aide, appelée dans les pays anglo-saxons « supervision », en étudiant les avantages et les difficultés d'une telle formation.

Buts de cette formation. — Nous nous limiterons volontairement à l'aide que nous pourrons apporter à l'éducateur spécialisé en face de son groupe.

Il est bien certain que l'effectif de tout établissement pour jeunes inadaptés ne se limite pas seulement aux éducateurs. Des instituteurs, des moniteurs techniques, des travailleurs sociaux, parfois des psychothérapeutes, agissent aussi sur les enfants que des troubles importants du comportement ont amenés en internat. Une action commune de tout ce personnel s'avère nécessaire et une synthèse de ces différentes relations nous paraît devoir être établie.

Afin de ne pas sortir du sujet que nous nous sommes proposé, nous étudierons simplement l'aide par rapport aux éducateurs de groupe.

Cette aide nous paraît pouvoir se résumer essentiellement en trois buts à atteindre :

- 1) Donner des conseils d'ordre éducatif.
- 2) Permettre une mise au courant de l'évolution de l'enfant et du groupe, ce qui assure une action commune des divers spécialistes et une formation orientée.
- 3) Amener l'éducateur à une connaissance pratique et vécue de ses relations avec les enfants dont il a la charge.

1) *Conseils éducatifs.* — Dans la majorité des Centres français, ce rôle est habituellement confié à un éducateur-chef qui, du fait de sa longue expérience avec les groupes de jeunes et parfois une formation théorique plus approfondie, est capable de guider très utilement les éducateurs responsables des enfants.

Il tente ainsi de résoudre des problèmes pratiques, allant du maintien de la discipline à des questions matérielles plus simples, mais non moins importantes, telles que le nettoyage ou le rangement. Il propose des idées pour des activités récréatives si le responsable paraît en manquer, étudie avec lui son programme pour qu'il n'interfère pas avec la marche générale de la maison, etc.

Si cette tâche de conseiller est souvent fort importante, quand il s'agit de jeunes éducateurs, sans expériences antérieures de manie- ment de groupe, elle diminue au fur et à mesure que le responsable impose son autorité et prend confiance en lui-même ; elle finit par se limiter à résoudre des petits problèmes d'ordre intérieur.

2) *Mise au courant de l'évolution de l'enfant.* — Cette mise au cou- rant nous paraît essentielle, car l'éducateur en contact perpétuel avec l'enfant peut difficilement suivre cette évolution. Même s'il est capa- ble de la percevoir, il ne peut la connaître que par rapport à lui-même. Ses comportements en classe, aux ateliers, en psychothérapie indivi- duelle ou de groupe, s'il y en a, ne lui sont que partiellement révélés.

L'enfant placé en internat est pourtant un être en constante évo- lution, en fonction de ses états physiques et psychiques antérieurs, en fonction également de ses relations avec les différentes personnes qui l'environnent et agissent sur lui, en fonction enfin des périodes d'évolution du groupe lui-même, depuis sa formation jusqu'à sa dis- solution.

Il traverse de continuels changements, avec des « pertes » de vitesse et des « reprises », chacune de ces périodes correspondant à des états qu'il est essentiel d'interpréter, ce qui est difficile, sinon impossible à faire seul.

L'éducateur est, d'autre part, très près de l'enfant et souvent trop émotivement associé à ses problèmes. (Ce trop n'a pas un sens péjo- ratif. Pour qu'il y ait contact affectif, point de départ de tout travail d'éducation, le responsable doit agir émotivement, tout en étant capa- ble de contrôle).

En un mot, nous pensons que l'éducateur doit être à la fois un clinicien qui découvre les besoins de chaque jeune, ses forces et ses faiblesses, et un meneur de groupe. Il n'y a sûrement pas opposition entre ces deux termes, mais souvent l'équilibre entre les deux attitudes qu'ils représentent est difficile à maintenir. Dans une activité, par exemple, le clinicien exerce une retenue tandis que le chef de groupe prend une part active.

Notons que, de chef de groupe que l'on est, l'on devient graduelle- ment clinicien.

Une personne située en dehors du groupe nous paraît seule capable d'établir une synthèse de tous ces facteurs, ses entrevues régulières avec chacun des spécialistes cités précédemment lui ayant permis d'avoir une vue d'ensemble. Les relations avec les assistantes sociales conseillant les parents de l'enfant l'ont également amené à découvrir plus aisément le milieu familial.

Cette synthèse la rend apte à coordonner les efforts de l'équipe, à orienter l'action vers telle ou telle direction, à assurer une unité dans l'ensemble thérapeutique que constitue alors l'internat.

Enfin et surtout, elle n'est pas autant liée émotivement, affective- ment aux enfants que ne l'est l'éducateur, puisqu'elle n'a que des

contacts occasionnels avec ceux-ci, puisqu'elle occupe une position de retrait. Cette situation lui permet de juger plus objectivement de l'évolution de l'enfant et de mieux comprendre les relations qui l'unissent au reste du groupe et à l'éducateur. Elle peut ainsi faire prendre conscience à ce dernier de son influence exacte sur les jeunes qui lui sont confiés, de l'aider à modifier son action, si elle s'exerce dans un sens peu favorable.

3) *Etude des relations établies.* — L'établissement de liens affectifs prolongés entre l'éducateur et l'enfant modifie profondément chaque individu et le groupe pris en totalité.

Il nous paraît nécessaire de faire découvrir et accepter ce fait par le responsable adulte, de l'amener à se poser des questions et à se détacher suffisamment de son groupe pour être capable de s'observer par rapport à ce dernier.

Non seulement la connaissance pratique et vécue des relations établies permettra à l'éducateur de modifier son action selon les stades d'évolution de chaque jeune, mais elle amènera celui-ci à distinguer ce qui est réponse normale et positive devant un problème d'enfant, de ce qui n'est que défenses contre ses propres difficultés.

La personnalité d'un groupe est grandement fonction de celle de l'éducateur. Un éducateur « chahuté » exalte l'agressivité, l'anxiété des enfants, favorise leur désorganisation. L'éducateur trop autoritaire, supprimant toute initiative, transformant l'enfant en un reflet de lui-même, provoque une totale désorganisation s'il se retire. Dans l'un et l'autre cas, il ne peut pas rééduquer. Entre ces deux extrêmes, existent tous les intermédiaires. Quand l'éducateur prend un groupe en mains, l'enfant finit toujours par s'identifier en partie à lui-même, ce qui constitue l'un des facteurs les plus forts d'une rééducation. Mais cette identification ne doit pas devenir si complète qu'elle écrase ou modifie à rebours la personnalité de l'enfant. Elle ne devrait pas être la même pour chaque jeune. Dans ce fait, réside l'un des plus grands dangers de nos Centres de rééducation, surtout parmi les éducateurs possédant une forte influence sur les jeunes. Le groupe peut devenir un refuge pour certains enfants. Il peut leur faire revivre les relations traumatiques d'autrefois et les problèmes qui ont produit une atmosphère perturbante. Il peut être aussi l'expression de la manière de penser et d'agir d'un éducateur au lieu d'être l'expression des besoins de chacun des éléments qui constituent le groupe.

Si les réactions de l'enfant inadapté, placé en internat, peuvent être dues à la vie de groupe, à l'environnement pris dans son ensemble, à ses conflits profonds, elles peuvent être aussi créées, réveillées et déviées par les propres conflits de l'éducateur. Ici se pose le problème de l'absolue nécessité d'un équilibre préalable chez ce dernier. Mais, même ainsi, un responsable de groupe doit apprendre à mieux connaître ses difficultés et les répercussions qu'elles pourront avoir vis-à-vis des jeunes qui lui sont confiés.

Cette étude des relations établies aidera ainsi l'éducateur à mener à bien son double rôle, celui de « meneur » de groupe et celui du clinicien. Le but du meneur est d'entraîner vers une direction déterminée. Le but du clinicien est de guérir, de provoquer un changement profond grâce à l'orientation donnée.

Difficultés et limites de cette formation. — Comme il est facile de le prévoir, une telle formation se heurte à de multiples difficultés. Elles sont fonction de la valeur de celui qui la transmet, des qualités personnelles et des connaissances théoriques des éducateurs qui la reçoivent.

Valeur de celui qui la transmet. — L'aide apportée doit être à la fois théorique et pratique, et nous concevons mal un « superviseur » qui ne possède pas de solides connaissances médicales, associées à une formation psycho-psychiatrique. Le psychiatre de l'établissement serait sans doute le plus apte à remplir une telle tâche, à la condition qu'il puisse séjourner longuement dans la maison en y côtoyant les enfants, et qu'il soit capable d'affronter les responsabilités pratiques que nous avons exposées plus haut.

Certains Centres américains ont tenté de dissocier les deux fonctions (Saint Christopher's School par exemple, dans le New Jersey), en nommant un conseiller éducatif, sorte d'éducateur-chef, et un conseiller psychologique, psychologue ou psychiatre, mais les résultats nous ont paru décevants en raison du manque d'unité dans la direction de la maison.

Un tel conseiller a généralement des entrevues hebdomadaires ou bi-hebdomadaires d'une durée d'une heure avec chacun des éducateurs de groupe.

Il ne doit pas juger, ni condamner une tentative ou dicter un comportement, à moins d'urgence. Il discute d'après les observations orales de l'éducateur, ses observations écrites, ses difficultés rencontrées au cours de la semaine. Il lui faut rester suffisamment neutre pour qu'un responsable n'hésite pas à lui exposer ses erreurs, ses échecs et ceux des enfants, mais assez actif pour donner une réponse positive chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Nous répétons que son utilité ne réside généralement pas dans les conseils de maniement d'un groupe, dans les idées d'activités. Il s'agit d'une aide différente, dont les quelques aspects peuvent se résumer de la façon suivante : aider à comprendre l'enfant au milieu de son groupe ; aider à comprendre les interactions des éléments qui constituent le groupe ; aider à comprendre les relations qui s'établissent entre l'éducateur et son groupe, l'éducateur et chaque individu ; aider à comprendre les relations de l'enfant avec les autres membres du personnel ; amener l'éducateur à distinguer ce qu'il apporte de positif et de négatif pour chaque enfant et pour le groupe.

Pour que cette aide puisse être efficace, il faut que des rencontres

fréquentes aient lieu, non seulement avec l'éducateur et les autres membres du personnel, mais encore avec l'enfant pris individuellement et en groupe.

Valeur de l'éducateur. — Si l'efficacité de cette aide dépend en grande partie de la valeur de celui qui la transmet, elle est également fonction de celle de l'éducateur.

On peut sans doute aider à consolider un équilibre, mais on ne peut pas le créer. Un sujet sans vocation, sans qualités innées, ne pourra jamais devenir un bon éducateur, en dépit des écoles de formation ou des conseils prodigués.

Il faut même aller plus loin : une aide de ce genre augmente encore les exigences vis-à-vis des responsables adultes. Elle contraint à éliminer rapidement l'éducateur qui enthousiasme son groupe par son programme et ses activités, mais qui ne peut pas faire équipe, évoluer par rapport aux êtres dont il a la charge. Comme nous l'avons dit au début, la rééducation en profondeur ne se juge pas sur le succès dans le fonctionnement du groupe, mais sur l'évolution favorable des membres qui le composent.

Cette aide demande d'autre part que les éducateurs aient déjà acquis certaines connaissances psychologiques vues dans une optique dynamique, c'est-à-dire l'individu étudié par rapport à son évolution dans son milieu.

Les résultats d'une telle formation dépendent donc avant tout de la valeur humaine de celui qui la pratique, des qualités de ses études qui doivent être très vastes, et de la valeur humaine et des connaissances des membres qu'il a sous sa direction. Elle est fort difficile à exécuter correctement et ses limites découlent de ses difficultés.

Il est essentiel qu'elle laisse l'éducateur suffisamment libre dans son groupe. Elle doit amener celui-ci à découvrir ses responsabilités vis-à-vis des enfants, les répercussions de ses difficultés par rapport aux êtres qui lui sont confiés ; elle doit être prudente, progressive et faite en tenant compte des possibilités de chaque responsable.

C'est pour cette raison que des entretiens individuels nous paraissent préférables à des réunions globales.

DISCUSSION

M. DAUMÉZON. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de MM. Daussy et Lemay. Je voudrais indiquer combien les grandes lignes de leurs constatations et de leurs propositions s'appliquent aux groupes d'activité qui se sont créés depuis quelques années dans nos établissements. Ici comme dans le centre d'enfants, nécessité de la supervision psychiatrique pour éviter de confondre le succès extérieur de l'activité avec l'efficacité thérapeutique...

M. CÉNAC. — MM. Daussy et Lemay ont eu le mérite de souligner qu'à côté des problèmes et des conflits des enfants existent les problèmes et les conflits des éducateurs.

Je m'associe aux réserves qu'ont faites les auteurs sur les éducateurs enthousiastes, dynamiques, qui tendent à faire partager leur enthousiasme par le groupe.

Plus avisés nous apparaissent les éducateurs qui, par leur comportement, permettent aux enfants de manifester leur hostilité, leur agressivité, en un mot leur transfert négatif.

M. LEYRITZ demande si l'examen somatique complet des enfants est effectué, car il est frappé du grand nombre d'insuffisants respiratoires et de cryptorchides qu'il rencontre dans les consultations de prophylaxie mentale d'enfants qu'il assure à Compiègne et à Noyon.

M. DENIKER demande si le terme de « clinicien » fréquemment employé dans la communication est seulement réservé aux médecins. L'examen clinique, c'est l'examen au lit du malade ou du moins l'examen du malade : il est le fait du seul médecin. Les autres personnes, les pédagogues, sont des observateurs ou des examinateurs mais point des cliniciens, car ils ne font pas d'examen médical.

Bio-typologie et morpho-psychologie de l'enfant ou de l'adolescent meneur, par MM. H. DAUSSY et M. LEMAY (Rennes).

Une étude générale du meneur, même en se bornant à l'enfant ou à l'adolescent meneur, déborderait largement le cadre de ce travail que nous avons voulu limiter aux problèmes du jeune meneur malaisant au sein de groupes de jeunes inadaptés sociaux, en adoptant la définition suivante du meneur ; tout sujet qui, consciemment ou inconsciemment, par son attitude, son comportement réel ou suggéré, est capable d'entraîner ou d'influencer l'attitude ou le comportement de la totalité ou d'une partie des individus qui vivent autour de lui.

Une telle définition montre que la finalité n'importe sans doute pas tellement dans l'explication du comportement du meneur, et ceci nous permet d'établir une distinction entre le meneur et l'idéaliste passionné.

L'idéaliste passionné, étudié surtout à partir de l'ouvrage de Dide, écrit en 1913, est un être qui « a la passion d'un idéal, à la recherche duquel il sacrifie toute son activité en se servant parfois des gens qui sont autour de lui pour satisfaire les exigences de cet idéal ».

Il est relativement rare de découvrir parmi les jeunes de véritables idéalistes passionnés, bien que l'on trouve parfois chez certains d'entre eux des traits évoquant la possible évolution vers une telle personnalité. Nous avons cependant connu personnellement un mystique de 13 ans qui exerçait une forte influence sur un petit nombre de camarades de sa classe. Il existe, d'autre part, des adolescents doctrinaires politiques ou anarchistes et leur action est parfois importante au cours de périodes troublées.

Nous ne les classerons cependant pas dans le groupe des meneurs,

car il nous semble exister une différence fondamentale entre ces personnalités. Qu'il s'agisse d'un idéaliste amoureux, d'un mystique, d'un anarchiste ou d'un magnicide, l'idéaliste passionné agit pour son idée. Il peut ne pas se servir du groupe. C'est l'éventualité la plus fréquente dans le cas du magnicide. S'il s'en sert, il n'est pour lui qu'un outil et il demeure inchangé sans le groupe.

Le meneur, par contre, a besoin du groupe. Dans une certaine mesure, il n'est rien sans lui puisque son but essentiel est d'entraîner les autres ou d'avoir au moins de l'ascendant sur eux. Le groupe n'est plus un outil, mais il devient le facteur déterminant sans lequel le meneur ne possède plus que des traits de personnalité aptes sans doute à influencer les autres, mais devenus seulement des virtualités.

Il est donc possible d'affirmer que le meneur est le représentant d'une conduite humaine bien définie. Il est intéressant de se demander s'il n'existe pas de types morphologiques précis correspondant à cette conduite.

Principes généraux. — Cette tendance à vouloir établir une liaison entre la structure corporelle et une activité psychique est très ancienne. Elle existait déjà chez Hippocrate et chez Gallien.

On dénombre ainsi une soixantaine de classifications de types humains. Cependant, même chez l'adulte, ces classifications demeurent très discutées. Dublineau écrit au sujet d'elles : « Il y a absence de critère réel, flou des descriptions, caractères approximatifs des liaisons psycho-somatiques et des types morbides. »

Si l'on veut étudier la biotypologie de l'enfant, on se rend bien vite compte que l'on sait encore moins de choses. Pour étudier ce dernier, certains auteurs font appel à :

a) *La morpho-psychologie.* — C'est le cas de Louis Corman, qui distingue les types dilaté et rétracté. A partir de cette étude, on a voulu souligner le passage du nourrisson dilaté, hyperexcitable, à l'adolescent rétracté, replié sur lui-même.

b) *L'endocrinologie.* — Qu'il s'agisse de Jacques Decourt, de Verdun, ou de Pende, les études ont surtout porté sur les questions morphologiques. Les recherches biologiques et bio-chimiques, et surtout l'analyse psychologique de la personnalité sexuelle, n'ont été qu'à peine effleurées. Chaque fois que cela a été tenté, il y a eu d'autre part des divergences importantes entre la morphologie et les données de l'exploration biologique ; ce qui s'explique aisément, puisque la morphologie est la conséquence d'un long passé, alors que la biochimie ne traduit que l'état d'un moment.

c) *La transposition de typologies adultes.* — A partir des quatre types principaux présentés par Kretschmer, par exemple, des corrélations statistiques ont été établies, afin de définir des tempéraments correspondant aux traits physiques découverts.

d) *La caractérologie*. — Trois noms doivent surtout être retenus : ceux de Le Senne, Le Gall et Berger.

DISCUSSIONS : Il est en réalité bien difficile de définir des types morphologiques chez l'enfant. Pour Ajuriaguerra, l'enfant est d'abord bréviligne, dilaté, d'aspect pycnique durant les premières années ; puis il s'allonge peu à peu et prend un caractère leptosome. Si l'on compare cette évolution aux descriptions des comportements donnés par Kretschmer, on se rend compte du peu de valeur pratique d'une telle classification pour l'enfant.

Il ne s'agit pas de nier l'utilité et les fondements de la bio-typologie, mais il convient de souligner que les types sont susceptibles de varier grandement durant l'évolution de l'enfant. Il n'est pas possible, en effet, d'étudier un être sans avoir une vue synthétique des problèmes bio-psycho-sociaux, c'est-à-dire sans replonger l'enfant dans son milieu familial, compte tenu du contexte social. Les groupes où il vit sont multiples, bienfaisants ou malfaisants, mais toujours actifs. Il s'y intègre ou s'en sépare et les milieux qui l'entourent vont aller en se diversifiant, en s'enrichissant ou en s'appauvrissant.

Plus que de vouloir définir une typologie du meneur, il nous paraît donc plus utile de nous demander ce à quoi un meneur doit nécessairement faire face à partir de l'instant où il se trouve dans un groupe, les qualités et les caractères physiques qu'il doit posséder pour répondre de façon satisfaisante à ces diverses obligations.

Y a-t-il eu des recherches dans ce sens ?

A notre connaissance, une expérience canadienne, menée par Mary L. Northway, a tenté de dépeindre les caractéristiques des meneurs apparus au sein des groupes de sujets très jeunes observés en jardins d'enfants.

André Lévy a également fait des recherches dans ce sens en France.

M. Lagache a étudié le problème du meneur d'adultes en s'aidant de travaux réalisés dans l'armée australienne et M. Maisonneuve a repris et développé certains points de cette étude.

Avant de vouloir définir les exigences auxquelles un meneur doit faire face afin de s'imposer dans un groupe, et les caractères physiques et psychiques qu'il lui faut posséder pour répondre à ces exigences, il nous paraît intéressant de rechercher quand apparaît la possibilité d'être meneur dans l'évolution psychologique de l'enfant.

Charlotte Bühler souligne que, dès l'âge de 6 mois, une observation attentive permet de découvrir trois types définis de comportements : certains enfants sont indifférents ; ils ne paraissent voir personne ou ne prêtent que peu d'attention au monde extérieur. D'autres sont déjà indépendants et refusent de tenir compte d'autrui. D'autres enfin, et les plus nombreux, se situent entre ces deux extrêmes et modifient leur attitude chaque fois qu'ils se trouvent en présence d'une autre personne. Ils peuvent d'ailleurs réagir de façons très différentes : quel-

ques-uns deviennent paralysés, inhibés, frappés de crainte. Quelques autres s'agitent, se caractérisent par un état passager d'excitation. En fait, aucune de ces trois catégories de sujets ne paraît avoir une influence prépondérante sur l'autre. En raison de l'acquisition progressive de la motricité, c'est le plus âgé qui domine la situation.

Entre 6 et 12 mois, la différence d'âge continue à être le facteur essentiel, mais, comme le note justement Lagache, c'est la relation infériorité-supériorité qui domine la conduction d'autrui.

En réalité, jusqu'à l'âge du jardin d'enfants, c'est-à-dire l'âge du premier groupe constitué, l'enfant nous semble être plus un despote occasionnel qu'un véritable meneur. Il n'agit pas pour diriger ou pour avoir une influence sur un groupe, mais en vue d'une satisfaction immédiate et personnelle. Il arrachera le jouet de son voisin, non pour dominer, mais pour posséder. Il faudra attendre la cinquième année pour voir l'enfant prendre plaisir à constituer un groupe et, chose capitale, à se servir du groupe pour organiser une activité. Cette remarque nous paraît importante, car elle révèle la liaison étroite entre la naissance de la notion du meneur chez l'enfant et la première ébauche de groupe de jeunes en vue d'un but déterminé.

Il ne s'agit encore que d'un meneur très transitoire, dont le caractère despotique est nettement marqué. L'observation nous montre qu'il dirige seul, sans lieutenant, sans constitution véritable d'une hiérarchie et que, s'il est suivi aveuglément pendant un temps, le groupe est tellement chargé d'agressivité qu'il ne tarde pas à éclater. Il faut attendre l'âge de la bande, vers 10 ans, pour voir apparaître un meneur relativement stable, sachant se servir suffisamment habilement du groupe, pour que celui-ci demeure et évolue.

Exigences requises pour être meneur. — Pour avoir une influence quelconque dans un groupe, un tel meneur doit répondre à toute une série d'exigences qu'il nous faut maintenant tenter de définir.

Il lui faut d'abord être accepté et cette acceptation, si elle est parfois immédiate, s'accompagne souvent de réactions violentes de la part de quelques membres du groupe visant eux aussi la première place. Il est à noter que ces réactions seront d'autant plus fréquentes et marquées que les membres du groupe seront plus âgés et auront ainsi tendance à juger leur chef de façon plus objective.

Pour être accepté, celui-ci doit posséder une autorité naturelle qui lui permette de s'imposer dans le groupe, d'y dicter ses décisions et d'y prendre une direction effective. S'il ne possède pas cette autorité, il sera incapable de veiller au respect des règles qu'il lui faudra instituer rapidement pour ne pas être débordé par le comportement des autres membres du groupe.

Très vite, il deviendra nécessaire d'exclure les indésirables qui se refusent à le suivre et provoquent un déséquilibre du groupe, de trancher les différends concernant les relations mutuelles entre les enfants ou relatifs aux buts que s'assigne le groupe. Cette responsabilité de la

sanction et de l'arbitrage est essentielle dans la situation du meneur, puisqu'elle lui permet de demeurer finalement le seul maître, en dépit des divergences de vues qui ne tardent pas à apparaître.

Toutes ces exigences prouvent que le meneur doit être capable de tenir tête chaque fois que cela s'avère nécessaire. Il peut le faire de différentes façons : certains enfants s'imposeront d'emblée grâce à leur taille, leur voix, leur force physique, supérieures à la moyenne de leurs camarades. Mary L. Northway a montré que ce facteur était particulièrement important chez les jeunes enfants qui demeurent très sensibles à l'aspect physique. Nous avons fait la même remarque à l'égard de sujets présentant un net retard affectif, comme cela se rencontre si fréquemment chez les pupilles de l'Assistance.

Cette supériorité physique n'est cependant pas une condition nécessaire à l'apparition du meneur. Nous avons rencontré des meneurs authentiques qui étaient petits, malingres, à la voix frêle, mais qui savaient compenser cette infériorité par leur activité ou leur supériorité intellectuelle.

Cette notion de niveau intellectuel est en effet importante. Des enfants débiles peuvent entraîner un groupe pendant une courte période et déterminer des réactions contagieuses souvent graves, mais ils sont difficilement capables de maintenir intacts pendant longtemps les cadres de ce groupe. Le niveau intellectuel n'est pas à déterminer par rapport au meneur pris isolément, mais par rapport au niveau des membres qui constituent le groupe.

Il arrive que la supériorité ne soit nettement manifeste que dans un domaine très spécialisé. C'est « l'exploit » qui enthousiasme le groupe et crée une auréole de gloire autour du chef désormais respecté. Sam Negrin, group worker américain, nous signalait avoir rencontré un meneur de 14 ans qui dirigeait une bande d'enfants dont la majorité des membres étaient plus âgés, et qui étaient parvenus à s'imposer grâce à une dextérité étonnante dans le maniement du lasso. Toutes les fois que ses ordres étaient discutés, il présentait son numéro et défiait chacun d'en faire autant.

Cette autorité naturelle et cette capacité de tenir tête si cela s'avère nécessaire constituent les deux facteurs de base sans lesquels l'enfant, même s'il désire diriger, n'a aucune chance d'imposer son point de vue et d'être admis par tous comme le chef. Mais il faut souligner combien reste vague cette notion d'autorité naturelle que Guillemain appelle « la prestance d'un sujet » : elle demeure variable, non seulement dans ses aspects physiques et psychiques, mais suivant les individus mis en présence. Si nous voulions la définir, nous pourrions dire que c'est la capacité d'établir un lien interhumain suffisamment puissant pour amener une participation, puis une identification des membres du groupe à sa propre personne.

Ce lien étant établi, il faut que le meneur puisse profiter des avantages que cette situation lui confère.

En premier lieu, il doit être capable d'organiser. Le groupe, composé d'éléments passifs et actifs réagissant mutuellement, ne peut rester livré aux circonstances fortuites extérieures. Il a besoin d'une organisation. Le meneur sera capable de réussir dans cette tâche en se servant essentiellement de trois mécanismes :

Il lui faut agir le premier. Devant toute situation posant un problème, la première réaction des membres d'un groupe est un sentiment d'anxiété : que faire ? que répondre ? Le meneur sera celui qui se révélera capable de donner rapidement une solution (même mauvaise) à cette situation, afin que l'anxiété décroisse (Lagache).

Les membres sont d'autant plus prêts à le suivre aveuglément, que l'acte ainsi posé rend à chacun le sentiment de sécurité que nous avons montré comme étant à la base de la naissance de bien des « gangs » d'enfants.

Le mélange de personnalités diverses, venues pour des raisons variées, ne tarde pas à provoquer des heurts, des malentendus ou des gênes entre les éléments qui constituent le groupe. Le meneur doit être capable de les rassurer quand un doute, une crainte s'élèvent, ce qui dépend, d'une part de son autorité naturelle et de son prestige, d'autre part du niveau d'organisation qu'il a su imposer.

Conséquences de ces deux exigences, le meneur doit pouvoir mieux que les autres s'adapter à une situation nouvelle en voyant le profit qu'il peut en tirer pour lui-même et pour le groupe, et réagir de façon adéquate. S'il hésite ou abandonne, un autre ne tardera pas à prendre sa place.

Il n'est pas possible d'entraîner plusieurs enfants dans une direction déterminée si ces derniers ne sont pas enthousiasmés par le but proposé ou, au moins, suffisamment intéressés pour accepter de prêter une attention soutenue.

Tout ceci montre que le meneur doit être capable d'un contrôle, à la fois de lui-même et des situations. A partir du moment où il entre dans un groupe, il subit comme tous les autres membres une influence due à la vie communautaire et à « la conscience de groupe » (Fritz Redl), née à partir de la confrontation des besoins individuels et des nécessités de l'existence commune, à partir des interactions puis des interdépendances entre les consciences individuelles. Du fait de sa position de chef, il lui faut cependant prendre une position de recul et se détacher partiellement du « troupeau ». C'est ainsi, par exemple, qu'il devra être capable de profiter du moment propice pour imposer une décision ou orienter le groupe vers un choix précis, d'apprécier la réalité mieux que les autres membres, en sachant voir ce qui est trop risqué pour lui-même et pour la bande, de percevoir les conséquences futures de ses décisions et de ses actes.

Il est essentiel que le groupe ne ressente pas trop souvent des marques de découragement de la part de celui qui le dirige, car chaque baisse de vitalité ébranle le sentiment de sécurité recherché par les

membres. Le meneur doit donc faire preuve d'une stabilité au moins relative.

Même s'il répond à la majorité de ces exigences, il ne deviendra pas pour autant un être agissant. Il lui faut en effet une motivation émotionnelle pour passer à l'acte. Dans le cas de notre étude, cette motivation nous paraît être triple :

Il lui faut éprouver un intérêt pour l'activité du groupe. Chaque membre a en effet tendance à concentrer son attention sur un objet, une idée, une activité ou une situation.

Il ne faut pas d'autre part être indifférent à la présence des enfants qui sont autour de lui. Pour qu'il y ait groupe et influence sur le groupe, il faut en effet qu'il apparaisse des sentiments d'attraction et de répulsion entre les membres.

Il doit, enfin, aimer conduire, dominer et entraîner les autres, et ceci ne peut pas se faire sans une certaine agressivité et sans une aspiration à être apprécié.

Nous aurions tendance à ajouter que la confiance en soi constitue une exigence pour la conduite du meneur. Signalons cependant tout de suite que cette vitalité apparente et cette énergie agressive souvent intense peuvent être liées à un sentiment profond de non-sécurité et considérées comme un mode réactionnel à une anxiété diffuse qui trouve ainsi un moyen de fixation.

Peut-il y avoir des psychopathes parmi les meneurs enfants ? Les limites tracées à ce travail ne nous permettent pas de répondre à cette question, qui mériterait un supplément d'études.

Caractères du meneur. — A partir des exigences énoncées ci-dessus, il nous paraît possible de définir un certain nombre de traits propres à la personnalité du meneur.

Il faut cependant distinguer le meneur occasionnel du meneur vrai, car tout enfant est susceptible de devenir un meneur transitoire à partir d'une surexcitation déclenchée par le groupe en général. Il se comporte alors comme s'il était sous l'influence d'un stimulus puissant et il devient momentanément un sujet qui entraîne et fait agir le groupe dans une direction déterminée. La vie commune a déclenché l'excitation d'un enfant qui, à son tour, devient un élément contaminant. Le même phénomène peut être provoqué par des excitations d'ordre exogène. Sous l'influence de la boisson, par exemple, un être peut devenir un entraîneur momentané. Il existe une différence essentielle entre ce type de sujets et le meneur tel que nous l'avons décrit dans les pages précédentes : l'enfant, sous l'influence d'un stimulus interne ou externe, n'est plus capable de tenir compte des dangers de la réalité et des avertissements de son moi. Il n'agit pas pour entraîner le groupe, mais parce qu'il est momentanément sous la dépendance de pulsions exaltées, libérées et incontrôlées.

Le meneur vrai est, au contraire, un sujet dont l'action peut se prolonger et se modifier suivant les circonstances.

Ce sera un enfant actif puisqu'il lui faut passer vite à l'acte, mais, chez lui aussi, l'acte risquera bien souvent de précéder la pensée en raison des pressions et des aspirations mal contrôlées du groupe.

Cette activité suppose des capacités d'initiative, un certain dynamisme afin d'amener les membres à une participation.

Sujet suffisamment stable pour réaliser et entraîner, vers un but parfois éloigné ; son intelligence doit se situer dans des limites normales, supérieures au moins à celles de ses camarades.

Le niveau intellectuel est parfois compensé par une compétence dans un domaine spécialisé. C'était le cas de ce jeune meneur de 14 ans, particulièrement habile dans le maniement du lasso.

Grâce à une identification de plus en plus forte à sa personne, les membres du groupe accepteront de lui obéir et de l'imiter. Il faut donc un enfant apte au contact, capable d'établir un lien et de renforcer sans cesse ce lien afin de devenir un chef indiscuté.

Cette aptitude au contact ne peut pas exister sans une émotivité parallèle qui permet au meneur de ressentir les sentiments des autres, sans une certaine agressivité, permettant à ce dernier de diriger les membres du groupe.

S'il veut continuer à s'imposer, il doit demeurer un être objectif, capable d'un contrôle, au moins partiel, de son émotivité et de ses tendances agressives.

Si nous voulions résumer en quelques mots ce qui vient d'être dit, nous écririons qu'un tel meneur doit être actif et dynamique, stable, d'intelligence normale, sociable, émotif, agressif et capable d'une certaine objectivité, pourvu d'une maturité supérieure à la moyenne des enfants de son groupe.

En fait, toutes ces qualités sont surtout à étudier par rapport à celles des membres du groupe où se trouve le meneur, les exigences étant d'autant plus faibles que le niveau des enfants est plus bas et que la vie de groupe est plus courte. C'est ainsi qu'un sujet peut devenir un meneur dans un groupe considéré, mais sera relégué au sein de la masse dans un autre groupe.

Même possédant tous les traits de caractère cités plus haut, un meneur ne pourra pas se comporter de façon identique avec tous les groupes. Il ne jaillit pas en effet spontanément et automatiquement du milieu des membres, même s'il est en partie imposé par une autorité adulte. Il lui faut répondre aux besoins du groupe. Comme le souligne M. Lagache, ce qui détermine le meneur, c'est le besoin qu'on a de lui. La classification de Moreno entre le meneur, le troupeau et le rejeté paraît ainsi trop schématique, car elle ne tient pas suffisamment compte des mouvements susceptibles de se produire entre ces trois catégories. Un être peut se révéler un meneur dans un groupe, il peut devenir un rejeté dans un autre. Sa naissance, sa stabilité et sa disparition seront grandement fonction des circonstances.

Le point essentiel, c'est que l'être susceptible de devenir un meneur

est un sujet particulier, très difficile à définir ; son caractère est fait avant tout de vitalité, d'énergie agressive, d'initiative et de stabilité jointes à une maturité supérieure à la moyenne des enfants qui sont membres de son groupe. Il n'entraîne pas parce qu'il est le plus méchant, le plus difficile, le plus dangereux, comme on entend parfois l'affirmer, mais parce qu'il est susceptible de passer vite à l'acte et que cet acte répond à un besoin, un désir jusqu'ici inachevé au sein du groupe dont il fait partie.

Cette vitalité, cette énergie agressive, cette initiative nous paraissent être très souvent une réaction à une anxiété diffuse qui trouve ainsi des possibilités de fixation. Cette idée nous est en particulier suggérée par l'observation de ce que l'on a coutume d'appeler les « caïds », les « durs », qui apparaissent de temps en temps au sein des groupes d'internats. Il s'agit, dans la majorité des cas, de sujets faibles, tout en crainte et en appréhension, qui se sont créé un personnage menaçant derrière lequel ils peuvent s'abriter pour se servir du groupe afin de dominer leur anxiété. Il existe un contraste étonnant entre leur comportement étudié dans le groupe et leur attitude en entretien individuel avec un adulte, où transparait aisément leur émotivité anxieuse. On sait cependant combien ce personnage d'emprunt peut être structuré et à quel point il devient difficile, au bout d'un certain nombre d'années, de distinguer derrière ces traits désormais fixés, l'être réel.

En dépit de son apparente sûreté, le meneur peut donc être un faible qui trouve un refuge dans la direction d'un groupe, ce qui lui permet de dominer son anxiété. D'un autre côté, nous avons vu que les membres du groupe recherchent souvent une autorité afin d'y trouver eux aussi une sécurité et un refuge. Il y a ainsi rencontre de deux situations et le problème de la personnalité du meneur ne peut être résolu que par rapport à ces situations.

C'est également par rapport à ces dernières qu'il faut sans doute répondre à la question ; y a-t-il des étapes dans la formation du meneur, et ce jeune chef de bande sera-t-il plus tard un meneur d'adultes ?

En résumé, si l'on voulait inscrire le meneur dans l'une des typologies citées plus haut, il faudrait dire qu'il se rencontre plus fréquemment parmi les rétractés dans la classification de L. Corman, parmi les athlétiques dans celle de Kretschmer, parmi les extravertis dans celle de Jung, parmi les émotifs actifs secondaires dans la caractérologie de Le Gall. Mais rien ne serait plus faux que de vouloir l'inscrire dans un type défini. Il est surtout fonction de son groupe. Sa personnalité ne peut se définir que par rapport à des situations bien précises.

Les traits de caractère exposés plus haut ne sont pas en soi suffisants pour faire d'un être un meneur. Il faut qu'ils soient activés par des circonstances rencontrées au sein du groupe et que ces circonstances aient, à la fois pour le meneur en puissance et pour les membres du groupe, une signification émotionnelle assez intense pour provoquer leur participation mutuelle.

Le thème d'homosexualité chez le nord-africain musulman,
par MM. H. COLLOMB et P. ROBERT

L'analyse des comportements homicides de 80 militaires de toute race, faite à l'occasion d'expertises mentales pour les tribunaux militaires en Extrême-Orient, a permis de mettre en évidence, parmi les inculpés musulmans nord-africains (Algériens et Marocains), une catégorie de criminels de type très particulier.

Il s'agit en effet d'homicides commis dans une situation d'homosexualité qui, dans deux cas, a des caractères franchement délirants.

De tels troubles paraissent intéressants à étudier, d'une part en raison de leur fréquence dans la série des 25 inculpés examinés (7 cas, soit plus du 1/4 des homicides), d'autre part du fait de leur spécificité raciale. Aucune motivation comparable n'a en effet été relevée parmi les 55 sujets d'autres races expertisés pour homicide (Français, légionnaires européens, noirs africains et asiatiques).

Voici, brièvement rapportées, les sept observations de ces sujets :

OBSERVATION 1. — Le tirailleur Saidi D... a abattu d'une rafale de mitraillette un brigadier nord-africain. Les faits se sont passés à l'heure de la sieste, dans la chambrée, où une vingtaine de militaires étaient étendus sur leurs lits. D'après les témoins, Saidi s'est levé de son lit et a tiré froidement une rafale sur le militaire couché vis-à-vis de lui, le brigadier S...

Militaire depuis deux ans, en service dans la même unité depuis cinq mois, l'inculpé est noté comme un soldat de bonne tenue, sobre et non querelleur. Par son comportement habituel, il est considéré comme un sujet de caractère renfermé, taciturne, parlant peu et ayant peu d'amis. Depuis une quinzaine de jours, ces traits de caractère s'étaient très accentués. Il n'existait aucun motif connu de mauvaise entente avec le brigadier qu'il a tué ; celui-ci était bien noté à sa Compagnie.

Interrogé sur les causes de son agression, l'inculpé accuse sa victime de tentatives homosexuelles sur sa personne. Les faits se seraient surtout passés la nuit. Le brigadier S... venait à son lit, seul ou accompagné de jeunes tirailleurs, lui faire des attouchements sexuels. La nuit précédant le drame, S... serait encore venu à son lit, aurait débordé sa moustiquaire, sur laquelle Saidi constate le matin la présence de sperme. Le jour du drame, pendant la sieste, S... se serait à nouveau approché de son lit, d'où Saidi a dû le chasser, et c'est alors qu'il l'a abattu. Ce dernier épisode, qui se serait passé en plein jour dans une chambrée de vingt tirailleurs, est formellement nié par les témoins.

L'inculpé soumis à expertise mentale, cinq mois plus tard, présente un état dépressif atypique avec aboulie, apragmatisme, mimique stéréotypée, éclats de rire. Répondant par monosyllabes, il ne se souvient pas des faits et le rappel du crime qu'il a commis ne paraît évoquer aucun souvenir pour lui. L'exploration sous narcose n'apporte aucun changement et les examens cliniques et complémentaires demeurent par ailleurs normaux.

OBSERVATION 2. — Le caporal marocain Ben L... blesse d'une balle de fusil, au cours d'une discussion, un caporal-chef nord-africain de son unité. Il est maîtrisé par des témoins avant d'avoir pu l'achever.

Ben L... avait un comportement anormal depuis quelque temps et sortait le jour même de l'infirmerie, où il était entré cinq jours auparavant pour tentative de suicide.

Interrogé quinze jours plus tard sur les motifs de son acte, il renouvelle les déclarations qu'il a déjà faites lors de l'instruction, racontant avec conviction et d'un ton réprobatif les mésaventures qui lui sont arrivées depuis un mois environ : le caporal-chef lui aurait fait des propositions verbales sans ambiguïté, lui disant qu'il n'est pas un homme, mais « comme une femme », et qu'il devait « servir » comme une femme. Ben L... décide alors de mourir et avale une solution de savon de lessive. Ayant échoué, il tire sur son persécuteur et regrette de ne pas l'avoir tué.

Ce sujet, de niveau mental faible mais sans débilité (catégorie IV au progressive matrix), sombre en quelques semaines dans un état dépressif avec refus d'aliment et idées de suicide, cédant en vingt jours à un traitement par électro-chocs.

OBSERVATION 3. — Le soldat Bouchta ben A... abat à coups de fusil le caporal-chef Abdelkader... et s'acharne sur le cadavre à coups de baïonnette.

Bien noté par ses chefs comme un tireur timide, effacé, donnant satisfaction, il justifie ainsi les raisons de son homicide : il aurait été en butte depuis quelques mois aux propositions homosexuelles du caporal-chef Abdelkader. Il n'aurait jamais répondu à ses avances, aussi se prétend-il la victime de nombreuses brimades et vexations de la part de son « soupirant ».

L'expertise, pratiquée six mois plus tard, n'apporte pas d'élément nouveau. Les examens cliniques et complémentaires sont normaux.

OBSERVATION 4. — Le tireur Ichou ben A... blesse d'une rafale de mitraillette un tireur marocain de sa section.

Sa victime le ridiculisait depuis une semaine environ, le faisant passer pour pédéraste, et il regrette de n'avoir pas pu le tuer. L'examen mental se montre normal et la responsabilité considérée comme entière.

OBSERVATION 5. — Le tireur Allouch L... tue d'un coup de fusil un camarade nord-africain, qui lui aurait fait des propositions homosexuelles. Alors que l'inculpé est considéré comme un excellent sujet, la victime était fort mal notée et venait d'être mutée pour raison disciplinaire.

OBSERVATION 6. — Le tireur algérien Mohamed G... blesse d'une rafale de mitraillette un camarade nord-africain sous prétexte que celui-ci se serait livré sur lui à des attouchements immoraux.

L'examen, pratiqué quatre mois plus tard, est sensiblement normal, avec réticence importante sur le comportement sexuel habituel et les circonstances précises du drame.

OBSERVATION 7. — Le tireur Ali ben A... frappe mortellement un prisonnier de guerre viet-minh qui aurait refusé ses propositions homosexuelles. L'examen, six mois plus tard, se montre sensiblement normal en dehors d'une réticence et d'une hostilité à toute investigation.

COMMENTAIRES. — Si l'on excepte cette dernière expertise, de caractère plus banal, on voit que ces six observations présentent une homogénéité caractéristique.

Les faits se passent entre Nord-Africains ; l'agresseur tue ou tente de tuer avec une détermination et un acharnement irrésistibles celui qui l'a outragé, soit en lui faisant des propositions homosexuelles (cinq cas), soit en le suspectant d'homosexualité (un cas).

Ces troubles très particuliers ne sont mis en évidence qu'à l'occasion d'incidents médico-légaux, et même dans ces cas les renseignements fournis par l'agresseur à l'occasion de la décharge émotive suivant l'acte homicide, restent le plus souvent laconiques : la réticence est de règle, le reniement n'est pas rare et la motivation criminelle peut n'être parfois que suspectée, telle l'observation suivante, que nous sommes tentés de rapprocher, par analogie, des observations précédentes.

OBSERVATION 8. — Le tirailleur Amou ben R... abat mortellement un caporal marocain de sa Compagnie pendant son sommeil.

Désarmé par des témoins avant qu'il ne l'achève, il se refuse à toute explication, prétendant contre toute évidence qu'il s'agit d'un accident.

L'expertise, pratiquée sept mois plus tard, ne montre aucune anomalie psychique ; on note une hyperémotivité contenue à l'évocation du meurtre, mais on se heurte à une réticence absolue quant à la motivation. Agé de 23 ans, l'inculpé en service depuis deux ans, est noté comme un militaire paresseux, impulsif, et de moralité douteuse.

Les conditions de vie des militaires musulmans transplantés en Extrême-Orient doivent sans doute faciliter, non seulement l'exacerbation, mais également l'orientation homosexuelle de leurs préoccupations génitales.

Mais ces conditions de milieu sont valables pour toutes les races et n'expliquent pas pourquoi de telles manifestations sont justement l'apanage de sujets pour qui les pratiques homosexuelles peuvent être considérées comme assez banales.

Quel que soit le caractère réel ou purement imaginatif de ces pratiques ou tentatives homosexuelles, on ne peut manquer d'être surpris au premier abord par de telles réactions meurtrières. C'est donc que l'homosexualité musulmane présente des caractéristiques différentes de celles des autres populations, et c'est effectivement dans ce sens que doit être recherchée la signification de ces homicides.

On connaît les principes essentiels de la vie sexuelle musulmane à travers les règles juridiques instituées par l'Islam. Celles-ci concernent avant tout les liens conjugaux, d'où sont exclus tous termes de valeur morale ou affective.

Les droits exorbitants du mâle devant la situation d'infériorité foncière faite à la femme, en constituent l'essentiel. Toute la sexualité musulmane est basée sur ce concept fondamental, qui oppose la puis-

sance orgueilleuse et tyrannique de l'homme à la faiblesse et la passivité de la femme.

Celle-ci n'a d'utilité valable que pour la satisfaction des besoins génitaux de l'homme et le travail domestique. A ce double titre s'exerce sur elle un droit absolu de possession se manifestant dans le comportement social sous forme de jalousie, dont l'exacerbation est à l'origine de nombreuses réactions meurtrières.

Ces mêmes principes sont applicables à l'homosexualité, où les rapports ne peuvent pas se faire d'égal à égal. L'un des partenaires doit accepter cette soumission qui, en fait, le rabaisse à l'image de la condition méprisable de la femme.

Qui peut accepter de jouer ce rôle ?

C'est avant tout l'enfant ou l'adolescent, qui se sait promis à la domination phallique. En attendant de jouir en toute plénitude de sa virilité, il peut accepter cette confrontation dans un désir d'impatiente curiosité et dans une attitude soumise à l'autorité parentale toute-puissante. La pédophilie est effectivement la forme certainement la plus courante de l'homosexualité en milieu musulman.

Chez l'adulte, de telles pratiques peuvent être imposées par des individus ayant un pouvoir d'autorité sur leurs partenaires : esclaves ou prisonniers. C'est le cas dans une de nos observations (n° 7), où la victime est un prisonnier de guerre. Dans trois autres expertises, il s'agit d'un militaire gradé ayant une autorité directe sur son antagoniste.

Les chefs de tribus vainqueurs imposaient à l'adversaire vaincu le coït anal. Cet acte, qui n'avait pas une valeur libidineuse mais une valeur sociale, consacrait la victoire, affirmait la suprématie du vainqueur et la misérable condition du vaincu.

En dehors de ces cas, ou d'états de perversion dont le caractère et la fréquence seraient à préciser, il apparaît qu'en règle générale l'éventualité d'être pressenti comme partenaire homosexuel soit, pour un musulman, une injure exceptionnelle qui l'atteint dans cette forme d'orgueil la plus instinctive et la plus puissante : sa virilité. Cette dévalorisation extraordinaire qui l'assimile à la femme ne peut être éprouvée que sur un mode catastrophique.

Vécue dans la réalité, cette situation homosexuelle provoque un sentiment pénible intolérable qui participe à la fois d'une atteinte à l'intégrité masculine et d'une dévalorisation sociale. Elle entraîne des réactions agressives violentes.

Vécue dans l'imaginaire ou le délire d'un état psychopathique, elle motive des réactions plus ou moins brutales selon l'organisation de la conscience morbide, et ce peut être l'homicide ou plus exceptionnellement le suicide.

Il est souvent difficile, au cours des expertises, de faire la part de l'irresponsabilité, d'attribuer les conduites agressives à un état franchement pathologique. Ce type de réaction est profondément inscrit

dans le cadre socio-culturel et peut être une réaction banale à une offense homosexuelle mineure.

Dans deux de nos observations seulement (1 et 2), l'acte homicide était en rapport avec un état psychopathologique indiscutable.

Ce mode délirant assez particulier qui paraît fréquent chez les peuples musulmans n'a pas manqué d'attirer l'attention des psychiatres. Une étude récente (1) faite sur un groupe de 103 aliénés criminels nord-africains souligne la fréquence des délires à thèmes homosexuels vécus comme une atteinte à l'honneur masculin, à la dignité sociale du mâle : le sujet menacé a dû se venger pour se défendre.

Nos observations recueillies à l'occasion d'expertises criminelles confirment, par leur pourcentage élevé et par leur spécificité raciale, l'importance et le caractère original du facteur homosexuel dans le comportement psychopathologique du musulman nord-africain.

Essais préliminaires de l'ascorbate de réserpine en psychiatrie, par MM. Jean DELAY, P. DENIKER, J. FOURMENT, M. EURIEULT et Mlle M. MORDRET.

Dans le cadre de l'étude systématique des nouveaux médicaments neuroleptiques, poursuivie dans notre service, nous avons été amenés à examiner plus de phénothiazines que de dérivés de la *Rauwolfia*, du fait que ceux-ci sont en nombre relativement limité. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'essayer un sel de la réserpine, l'ascorbate de réserpine.

Les pharmacologistes admettent en effet que les sels résultant de la combinaison d'une base organique active en thérapeutique avec un acide physiologique permettent généralement une meilleure utilisation de cette base par l'organisme. En ce qui concerne spécialement les ascorbates de base organique, ils sont généralement moins toxiques et mieux tolérés, plus solubles et plus stables.

PHARMACOLOGIE. -- D'après les indications préalables qui nous ont été fournies par le fabricant (1), la toxicité (2) aiguë et chronique de l'ascorbate de réserpine serait inférieure à celle de la réserpine-base. On sait la difficulté de déterminer la D.L. 50 de la réserpine du fait de l'adynamie qui empêche, aux fortes doses, l'animal de se nourrir. Compte tenu de ces difficultés, la toxicité aiguë de l'ascorbate de réserpine serait de l'ordre de 20 à 30 mg./kg. *per os* et de 5 à 10 mg./kg.

(1) BARDENAT (Ch.) : « Criminalité et délinquance dans l'aliénation mentale chez les indigènes algériens ». *Annales médico-psychologiques*, 1948, II, n^{os} 3 et 4, pp. 317-355 et 468-480.

(1) Laboratoires Amphar.

(2) La toxicité a été calculée en tenant compte du fait qu'un milligramme d'ascorbate de réserpine correspond seulement à 0,77 mg. de réserpine-base.

par voie intraveineuse chez les souris et les rats. La toxicité chronique serait également moins forte : des lapins ayant reçu 0,15 mg./kg. d'ascorbate de réserpine par jour pendant 25 jours n'ont pas présenté de diarrhée, alors qu'un autre groupe de lapins recevant 0,1 mg./kg. de réserpine-base par jour ont accusé de la diarrhée à partir du quinzième jour.

L'action sédative de l'ascorbate a été vérifiée chez la souris préalablement excitée par une injection d'amphétamines (3 mg./kg.) : une diminution de l'hyperactivité survient au bout d'une heure environ pour une dose de 0,05 mg./kg. d'ascorbate de réserpine. Chez la souris normale on observe, à des doses de 0,1 mg./kg., une sédation profonde, mais qui n'aboutit pas au sommeil. Chez le chat, on observe également cette sédation avec myosis de longue durée et hypothermie.

L'action hypotensive de l'ascorbate est nette, mais l'excitabilité du pneumo-gastrique n'est pas modifiée après administration du produit. Le médicament entraîne une baisse de la température rectale chez les animaux et une augmentation du péristaltisme intestinal.

Dans l'ensemble, l'ascorbate de réserpine semble présenter à peu près les propriétés de la réserpine ; cependant, une étude comparative de l'action du sel ascorbique d'une part et du mélange réserpine-acide ascorbique a été faite par le professeur Parrot et Mme Flavian au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine ; il semble que le sel administré par voie veineuse au lapin entraîne une brusque augmentation de l'amplitude respiratoire, qui n'est pas obtenue avec le mélange. Par contre, la chute de la tension artérielle serait plus rapide avec le sel.

ESSAIS CLINIQUES. — Depuis quinze mois, nous avons expérimenté l'ascorbate de réserpine en clinique en nous efforçant de comparer ce produit à la réserpine. Nous avons traité des malades du sexe masculin au nombre de 30, hospitalisés en service fermé et en service libre. La plupart des sujets étaient âgés de 30 à 35 ans, les âges extrêmes étant 18 et 69 ans. La durée des traitements a varié de 193 à 7 jours, la durée moyenne étant d'environ 45 jours. Les posologies pratiquées furent, en moyenne, de 6 à 7 mg. par jour, les doses extrêmes étant de 2 et 16 mg. par jour, les quantités totales allant de 23 mg. à 1 g. 617.

Du point de vue des résultats thérapeutiques, 27 observations sont à retenir. Cependant, la dispersion des malades dans les diverses catégories nosographiques ne permet d'apporter ici que des résultats préliminaires.

On trouvera dans le tableau I la répartition des résultats dans des catégories diagnostiques schématiques. Répétons que le nombre des malades traités dans chaque catégorie ne permet pas actuellement de donner des indications sur les types morbides qui paraissent les plus sensibles ou les plus réfractaires au médicament. Néanmoins, la compa-

TABLEAU I

ASCORBATE DE RÉSERPINE	Nombre de cas	Guérison apparente +++	T. bonnes amélior. ++	Améliora- tions +	Sans résultat 0	Aggrava- tion -
États maniaques.....						
États mélancoliques (et dépressions psychoti- ques).....	1	1				
États confusionnels....						
Bouffées délirantes....	5	1	3	1		
Schizophrénie aiguë....	1		1			
Schizophrénie hébé- phrénique.....	4		2	2		
Schizophrénie catatoni- que.....						
Schizophrénie paranoï- de.....	8		1	2	5	
Délires chroniques hal- lucinatoires.....						
interprétatifs.....	4	1	2		1	
autres délires.....	1			1		
États passionnels.....						
Déséquilibre et troubles du caractère.....						
Psychonévroses dépres- sives.....	1			1		
Psychonévroses obses- sionnelles.....	1				1	
Psychonévroses phobi- ques.....						
Psychonévroses hystéri- ques.....						
autres (hypochondrie)..	1		1			
TOTAUX.....	27	3	10	7	7	0
Pourcentages.....		(11 %)	(37 %)	(26 %)	(26 %)	

raison du tableau I avec le tableau II, qui représente les résultats obtenus dans les mêmes catégories nosographiques avec la réserpine-base, d'après notre expérience, n'est pas sans intérêt. On voit que le pour-

TABLEAU II

RÉSÉRPINE (BASE)	Nombre de cas	+++	++	+	0	—
États maniaques.....	11	5	4	1	1	
États mélancoliques (et dépres. psychotiques)	18		2	8	8	
États confusionnels	5	3	1	1		
Bouffées délirantes	5	4			1	
Schizophrénie aiguë....						
Schizophrénie hébé- phrénique.....	21	1	3	5	12	
Schizophrénie catatonique.....	7	1		3	3	
Schizophrénie paranoï- de.....	18	1	8	2	7	
Délires chroniques hal- lucinatoires.....	20	1	8	6	3	2
interprétatifs.....	12		3	4	5	
autres délires.....	3				3	
États passionnels.....	2	1	1			
Déséquilibre et troubles du caractère.....	5		2	1	2	
Psychonévroses dépres- sives.....	29	1	9	9	9	1
Psychonévroses obses- sionnelles.....	3		1	1	1	
Psychonévroses phobi- ques.....	1				1	
Psychonévroses hystéri- ques.....	1		1			
autres (anorexie M)	1		1			
TOTAUX.....	162	18	44	41	56	3
Pourcentages		(11 %)	(27 %)	(25 %)	(35 %)	(2 %)

centage relatif de la qualité des résultats obtenus est de même ordre avec les deux médicaments. On remarque notamment que l'addition des très bons résultats (+++) et des bonnes améliorations (++) est de l'ordre de 30 à 40 % avec l'un comme avec l'autre produits.

Il serait hasardeux d'aller plus loin pour l'instant. On peut cependant admettre que l'ascorbate de réserpine est efficace en thérapeutique et que la combinaison chimique proposée n'ôte pas d'efficacité au produit.

COMPARAISON DES EFFETS SECONDAIRES. — On sait combien il est difficile en clinique psychiatrique de comparer les effets de deux médicaments de même type : la comparaison des groupes nosologiques amène à comparer des individus différents ; l'étude successive de plusieurs produits chez les mêmes sujets soulève la critique des variations spontanées de l'état des patients au cours de l'évolution dans le temps.

C'est pourquoi nous nous sommes surtout attachés à comparer les effets secondaires, notamment les symptômes extra-pyramidaux provoqués par la réserpine et par son ascorbate.

Au point de vue cardio-vasculaire, il semble que les effets des deux médicaments soient identiques. Chez les malades traités successivement par l'un et l'autre composés, la bradycardie a atteint exactement le même chiffre de 60 pulsations par minute en moyenne. Les effets sur la pression artérielle sont plus difficiles à apprécier du fait aujourd'hui bien connu du non-parallélisme entre l'importance de la posologie et celle de l'hypotension. Cependant, l'ascorbate apparaît hypotenseur, comme la réserpine-base. Nous n'avons jamais encore observé de collapsus.

La courbe thermique, comme avec la réserpine, passe habituellement au-dessous de 37° C. avec aplatissement du tracé.

L'asthénie, symptôme caractéristique de l'action de la réserpine, est d'évaluation difficile, surtout chez des psychotiques, chez des schizophrènes. Bornons-nous à signaler que, chez les malades traités, aucun n'a accusé spontanément d'asthénie gênante.

En ce qui concerne les manifestations extra-pyramidales, que nous regardons comme caractéristiques de l'action des neuroleptiques, il semble qu'il y ait une différence entre l'action des deux produits, encore que nous ayons été gênés dans la pratique par le dosage inférieur de l'ascorbate de réserpine en réserpine-base (0,77 pour 1 mg.).

Voici par exemple le résumé des résultats comparatifs de l'examen neurologique détaillé pratiqué régulièrement par l'un de nous, qui ignorait la nature des médicaments successivement utilisés.

A) Durant le traitement d'ascorbate de réserpine :

OBSERVATION 1. — S... Robert, 39 ans, délire chronique interprétatif, 10 mg. par jour d'ascorbate de réserpine. Au bout d'un mois : réflexes de posture normaux. Pas de roue dentée, mais réflexe naso-palpébral et réflexes de clinement à la menace : vifs.

OBSERVATION 2. — D... Marcel, 35 ans, délire chronique interprétatif, 10 mg. d'ascorbate de réserpine par jour. Au bout d'un mois : pas d'hypertonie. Vivacité des réflexes naso-palpébral, massétérin, et du réflexe de clignement à la menace.

OBSERVATION 3. — T... Eugène, 34 ans, bouffée délirante. Reçoit 6 mg. d'ascorbate de réserpine par jour. Au bout de trois semaines : tonus normal. Réflexes naso-palpébral, massétérin et de clignement : vifs.

OBSERVATION 4. — P... Marcel, 28 ans. Schizophrénie paranoïde. Reçoit 12 mg. d'ascorbate de réserpine par jour. Au bout de deux semaines, examen neurologique complètement normal.

OBSERVATION 5. — Z... Jean, 32 ans, schizophrénie. Reçoit 12 mg. d'ascorbate de réserpine par jour. Au bout de six semaines, tonicité normale. Vivacité du réflexe naso-palpébral et du réflexe de clignement à la menace. Fréquence des clignements palpébraux spontanés.

OBSERVATION 6. — H... Angel, 40 ans, délire de jalousie. Reçoit 12 mg. d'ascorbate de réserpine par jour. Au bout de deux semaines : réflexes de posture exagérés, surtout celui du jambier antérieur. Pas de roue dentée, mais légère plasticité, tremblement. Vivacité des réflexes naso-palpébral et massétérin. Au bout de quatre semaines, avec la même dose de 12 mg. par jour, les réflexes de posture sont redevenus normaux ; la plasticité a disparu, ainsi que le tremblement. Seuls persistent l'augmentation des réflexes naso-palpébral et massétérin, et le polycinétisme de la réponse de clignement à la menace.

B) *Passage au traitement de réserpine-base* : Les cinq premiers malades ont été mis au bout d'un mois à un traitement de réserpine, en égale posologie (ce qui représente une augmentation de 20 % en réserpine-base). Quatre d'entre eux ont présenté des signes neurologiques nouveaux dès les premiers jours du changement de traitement.

OBSERVATION 1. — S..., calme et tranquille avec l'ascorbate, se plaint de « besoin de bouger », sans impatience et sans insomnie. Il présente du tremblement et de la maladresse des gestes. Cependant, la tonicité reste normale pendant les huit jours de substitution.

OBSERVATION 2. — D... se plaint de « besoin de bouger, de marcher ». Se plaint aussi d'insomnie et d'accroissement d'anxiété. Présente un tremblement physiologique, des « frissonnements », avec secousses musculaires, surtout au froid et à l'examen. Phénomène de sursaut en extension du tronc à la recherche du réflexe rotulien.

OBSERVATION 3. — T..., pendant les huit jours du traitement de réserpine, présente du tremblement physiologique, des frissonnements, des tressaillements musculaires, et se plaint comme les précédents de ne plus pouvoir rester tranquille, de besoin de bouger sans crampes dans les jambes. La salivation est accrue. Le tonus reste normal pendant ces quelques jours.

Seuls les réflexes médian et de clignement à la menace restent vifs, avec trépidation des paupières.

OBSERVATION 5. — Z... ne présente qu'un léger tremblement à type de frissonnement au froid.

C) *Reprise du traitement d'ascorbate de réserpine* : Pour tous ces malades, la tasikinésie, l'insomnie et le tremblement cessèrent à l'arrêt de la réserpine et à la reprise de l'ascorbate. Cependant, l'expérience et la contre-expérience ne sont pas entièrement concluantes du fait de la disparité du dosage en réserpine-base des deux types de comprimés, encore qu'aux doses pratiquées une augmentation de 20 % ne semble pas déterminante.

Ajoutons que, sur les 30 malades traités, 5 présentèrent des syndromes parkinsoniens avec hypertonie, mais l'un d'eux les accusa pour une dose très faible (2, 3 mg.), ce qui semble indiquer chez lui une sensibilité particulière, d'ailleurs retrouvée avec la réserpine ordinaire.

En somme, nous n'avons voulu apporter ici que des résultats préliminaires. Le médicament expérimenté nous a paru intéressant du fait qu'il constitue un sel de l'acide ascorbique et que la vitamine C est couramment employée pour compenser l'asthénie réserpinique lors des traitements prolongés ou à fortes doses.

Nous nous bornerons pour le moment à dire :

1) que l'ascorbate de réserpine a une efficacité thérapeutique qui est du même ordre que celle de la réserpine ;

2) qu'il paraît exister une différence entre le sel et la réserpine-base, non dans les effets cardio-vasculaires, mais sur l'asthénie et les symptômes extra-pyramidaux, qui paraissent moins accusés avec l'ascorbate de réserpine ;

3) bien que ces conclusions ne puissent être considérées comme définitives eu égard au nombre de cas traités, le produit nous paraît assez intéressant pour que les essais cliniques soient poursuivis et étendus.

La schizophrénie est-elle défendable ? (A propos d'un récent article de M. Paul Abély), par M. E. MINKOWSKI

Je suis quelque peu confus de me trouver à nouveau à cette tribune. Entré dans la zone de la retraite et du retrait par conséquent, je croyais pouvoir me reposer sur mes lauriers. Seulement, les lauriers en psychiatrie, comme tout le reste d'ailleurs, relèvent d'un équilibre fragile, à la merci d'un souffle de vent contraire. Et il en fut ainsi à la lecture de l'article de Paul Abély. Cette lecture m'a profondément

remué. L'auteur nous livre le résultat de ses expériences et de ses réflexions non philosophiques, je m'empresse de l'ajouter, comme cela eût pu être mon cas — mais cliniques, s'étendant sur plus de trente ans d'activité psychiatrique. On ne peut pas ne pas les prendre au sérieux, très au sérieux même. D'autant plus que les critiques ou plus exactement les réserves que chemin faisant il formule à l'encontre des « schizophrénophiles » impénitents, il les présente avec tant de délicatesse, oui, je dirai d'affection à l'égard de certains parmi eux qu'on y demeure sensible. Suivant F. Minkowska, dans mes recherches, j'ai souvent insisté sur l'importance du « comment » à côté du « quoi », c'est-à-dire du fond mental auquel ressortit le symptôme isolé et dans lequel il vient puiser sa vraie signification. Mais il en est de même dans la vie courante. Et c'est ainsi aussi que ce « comment », pour ce qui est des réserves formulées par Abély, m'a touché et m'a fait sortir de ma réserve, à moi. Je laisse souvent passer des objections qui sont présentées de telle façon qu'il ne semble guère utile de s'y arrêter. Ce n'était point le cas cette fois-ci. De là cette intervention.

Ce n'est d'ailleurs pas l'unique motif. Au terme de ma lecture, je me sentis envahi par une inquiétude intense et me demandais si je n'allais pas verser pour le moins dans une névrose d'échec. Ce qui me tourmentait d'ailleurs le plus, c'est que mon vieil ami Abély aurait pu en être rendu responsable. De là le besoin d'une catharsis. Et je m'excuse auprès de vous de cette auto-psychothérapie que je tente devant vous.

La schizophrénie actuelle est-elle défendable ? A cette question j'aurais envie de répondre : elle n'est peut-être pas défendable, en y ajoutant toutefois : mais elle se défend quand même. Simple paradoxe ? Je ne le pense pas, car traduction, de la façon dont se présentent les choses en psychiatrie, où tant de facteurs disparates viennent s'enchevêtrer de sorte que nos notions — et il me semble qu'il en a été ainsi de tout temps — sont faites fatalement, tout comme les constitutions, de ressources et de faiblesses ; ce qu'on gagne d'un côté, on le perd de l'autre. Mais quels sont ces « côtés », y en a-t-il plusieurs en général ? A ces questions, je m'efforcerai de répondre brièvement de mon mieux.

Sur le plan des diagnostics — et je mets l'accent sur « diagnostic » et ne parle pas de plan clinique tout court, et vous verrez par la suite pour quelle raison — la schizophrénie prête à des critiques valables. A la suite de l'extension qu'elle a prise, elle risque effectivement de devenir un « fourre-tout », comme le dit Abély, et se muer en une étiquette. A ma décharge, je puis dire que, lorsque j'ai l'occasion de m'adresser à mes jeunes collègues, j'ai coutume de les mettre en garde contre les dangers d'un diagnostic trop hâtif de cet ordre, ce qui ne veut point dire qu'il faille de suite en poser un autre. Des diagnostics ainsi posés valent tout au plus, et encore ! pour des études statistiques,

mais mettent un terme à un examen plus approfondi du malade en présence duquel on se trouve. On pense avoir terminé ainsi son travail quand en réalité il ne devrait que commencer.

De ce fait, sur ce plan, je ne me sens point la vocation d'être l'avocat de la schizophrénie. L'avocat se trouve doublé en partie du procureur, sans toutefois que cette situation aboutisse à une véritable ambivalence, à cette ambivalence si bien décrite par Bleuler chez les schizophrènes et qui, dans sa spécificité, se différencie nettement de tout ce qui est doute, hésitation, prévalence du pour ou du contre, ou en général réaction tant soit peu vivante, déterminée par le jeu de deux facteurs contraires. Et comme j'en parle, je crois devoir insister sur ce que, d'une part, on s'en sert souvent à tort et à travers et, d'autre part, que je n'arrive point à la subordonner au relâchement primitif des associations, l'ambivalence paraissant se mettre bien davantage en perspective sur une destructuration de la personnalité tout entière. Nous y reviendrons.

Bleuler, qui se disait matérialiste et réaliste, avait coutume d'avancer à ce propos l'argument suivant : en veut-on aux chevaux d'être plus nombreux que les hippopotames ? argument à peine à retenir, car nous savons ce qu'est un cheval ou un hippopotame, et à partir de là pouvons les compter pour comparer par la suite leur nombre, tandis que là, c'est précisément le bien-fondé de ce diagnostic extensible de schizophrénie qui est mis en cause.

De sorte que, sur ce plan, la schizophrénie peut paraître à peine défendable, surtout si on y ajoute la variété des tableaux cliniques allant à l'infini presque ; elle se défend quand même pourtant, comme nous le disions tout à l'heure. C'est que ce n'est pas l'unique plan qui entre en ligne de compte.

La schizophrénie bleulérienne ne peut être appréciée qu'une fois placée dans la perspective historique ; là, elle nous apparaît comme aboutissement de tout un siècle de pensée psychiatrique, nous menant de Morel jusqu'à Bleuler. Nous ne saurions insister ici davantage sur ce point, l'ayant étudié dès nos premiers travaux sur la schizophrénie, en nous efforçant de préciser les critères qui ont présidé à cette évolution. Et là se pose la question de savoir ce qu'en « ressources » cette fois-ci cette évolution, chemin faisant, nous a donné, ressources qui compensent les faiblesses, et dont nous ne saurions nous passer, du fait même qu'elles débouchent à nouveau sur la « clinique », en dépassant en partie le simple diagnostic.

Les constitutions, chapitre cher à la tradition française ; il n'y a qu'à rappeler l'œuvre d'Ernest Dupré et de son école. Ici, nous nous arrêterons en premier lieu aux constitutions issues de nos notions nosologiques : schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, épilepsie. Le lien qui rattache celle-là à celles-ci est remis pourtant en cause par les constatations cliniques. Abély a raison d'insister sur ce que la schizoïdie ne comporte point une évolution fatale vers une schizo-

phrénie et ne saurait ainsi rendre compte à elle seule de sa genèse. Ce hiatus entre la constitution et l'affection, Kretschmer l'a signalé dès le début et nous-même, à côté d'autres auteurs, en avons parlé également. N'empêche que les constitutions, détachées cette fois-ci de leur origine, c'est-à-dire des syndromes cliniques dont elles sont issues, ont acquis droit de cité. Nous nous en servons et elles sont de nature à rendre service tant en pédagogie qu'en psychothérapie, et en général là où nous avons à intervenir dans la vie de l'un de nos semblables sur la grande arène de la vie. N'empêche que c'est notre nosographie qui leur a donné naissance, bien que sur ce plan elles soient loin de donner réponse à tout, voire ne résistent pas au contrôle des faits. Il semble ainsi qu'il est plus aisé de descendre des tableaux cliniques aux constitutions que de remonter ensuite de celles-ci vers ceux-là. La schizoïdie ne s'apprécie pas uniquement vue du côté de la schizophrénie. Et c'est ainsi que ce cheminement de la pensée psychiatrique laisse comme une sorte de dépôt positif, d'acquis, acquis au prix des difficultés, des faiblesses qu'au regard des problèmes cliniques ces notions présentent, et ainsi jusqu'à l'extension excessive de la schizophrénie. Ce qu'on gagne d'un côté on le perd de l'autre. Et c'est à se demander même si ce n'est pas là un des traits caractéristiques de notre effort et de la marche de nos recherches dans ce domaine.

Je ne m'arrêterai ici que brièvement à cette critique adressée aux constitutions, à savoir qu'elles comportent l'idée de fatalité et nous réduisent ainsi à l'impuissance en leur présence. Cette critique semble vouloir fermer volontairement les yeux, sous l'emprise d'une rationalisation non justifiée, sur la façon dont de nos jours elles se présentent, ouvertes au monde si l'on peut dire, en admettant ainsi un certain jeu dans leurs limites et comportant de cette manière des indications de première importance sur le plan pragmatique, comme nous l'avons indiqué déjà.

Ce qui vient d'être dit des constitutions s'applique également à l'hérédité, en particulier à cette hérédité similaire qui a été un des critères sur lesquels Kræpelin a bâti sa démence précoce. Là, de nouveau, les faits cliniques pourront nous montrer qu'elle est loin d'intervenir d'une façon constante. Le problème reste ouvert. N'empêche que, dans l'étude des antécédents familiaux, nous continuerons de suivre la voie qu'elle trace, mettrons en évidence ainsi quantité de faits importants, et en aucun cas, en plein accord avec Abély, ne renoncerons à cette notion fondamentale d'ordre biologique ou psycho-biologique si l'on veut, bien que de nouveau elle ne puisse donner réponse à tout.

M. Abély me reproche d'avoir franchi audacieusement le pas qui, d'après mes dires, devait mener du contact affectif avec l'ambiance au contact vital avec la réalité. L'audace n'est pas un défaut, cela va de soi ; mais ce n'est point ici l'essentiel. M. Abély reprend à son compte les objections formulées en son temps par notre regretté collègue Achille Delmas ; j'aurais négligé de répondre à la question de

savoir en vertu de quels facteurs s'établit le contact vital avec la réalité. Vous l'avouerez-vous ? ce qui m'avait séduit c'est précisément que ce contact ne se décompose point en facteurs, qu'il s'écarte ainsi de la fragmentation de notre vie mentale en facteurs pour se mettre en perspective sur la personne tout entière. Je relève en passant que l'athymormie de Guiraud, notion biologique, ne se décompose point non plus en éléments ; il en est de même de la Hormé de Monakow. Mais, en admettant même qu'en cédant à mes inclinations, je me sois fourvoyé, c'est-à-dire qu'en franchissant audacieusement le pas en question, j'ai fait un faux pas, il n'en reste pas moins que ce faux pas m'a permis de décrire, avec le clinicien particulièrement averti que fut notre regretté Rogues de Fursac, le rationalisme morbide qui, lui, correspond à une réalité clinique, quelle qu'ait été l'erreur à l'origine. Ainsi va notre recherche et c'est peut-être, pour le dire encore une fois, ce qui la caractérise.

Le cas de la schizophrénie n'est d'ailleurs pas unique dans son genre. Je pense à l'œuvre de Pierre Janet, un des fondateurs incontestablement de la psychopathologie contemporaine. De cette œuvre, souvent, on ne retient que le terme seul de psychasthénie, c'est-à-dire de faiblesse psychique, et là, si on tient compte de l'extension que Janet lui a donnée, jusqu'aux délires psychasthéniques inclus, on se trouve, tout comme pour la schizophrénie, en présence des dangers d'un diagnostic-étiquette sans limites précises et qui risque de ne plus rien dire. Mais ce n'est pas tout évidemment. A côté demeure toute la richesse de ce qu'en données psychologiques et psycho-pathologiques, s'écartant par endroits radicalement des conceptions courantes — je le rappelle à ce propos que la hiérarchie des fonctions psychiques qu'il a établie — que ce grand maître a su nous donner, quelles que soient par ailleurs les « faiblesses » sur le plan clinique du diagnostic « psychasthénie ».

Nous sommes amenés ainsi à l'examen des principales notions qui font la psychopathologie de la schizophrénie, et tout particulièrement de la façon dont elles s'articulent. La position de Bleuler est connue ; il considère le relâchement des associations comme manifestation première sur le versant psychologique de la schizophrénie et lui subordonne toutes les autres. Paul Abély adopte la même façon de voir pour circonscrire les cas qui mériteraient encore le nom de schizophrénie, au sens restreint du terme. Pourtant, si nous confrontons ces troubles associatifs, conçus sous le signe de l'associationnisme, avec d'autres, comme le bon ou le mauvais contact avec l'ambiance, l'autisme, l'ambivalence ou encore la Spaltung, — et là devrait être discutée probablement la notion de discordance de Chaslin ou encore celle d'auto-conduction de Toulouse, Mignard et Jucquelier — nous avons quelque peine à accepter la filiation dont il vient d'être question. Et « l'écartèlement et l'exil de la personnalité » dont parle Paul Abély devraient y trouver leur place également. Il semble bien qu'une

autre « dimension » entre en ligne de compte, différente de celle des troubles purement associatifs. Bleuler lui-même le pressent lorsqu'il discute la question des relations entre la dissociation et la Spaltung. D'autre part, dans notre mémoire paru dans les *Annales médico-psychologiques*, décembre 1957, nous insistions sur cette dualité qui se faisait jour chez Bleuler lui-même, non dans sa théorie et dans la filiation établie ainsi entre les diverses manifestations schizophréniques, mais dans sa façon d'être face au malade, où les notions du second ordre prenaient en pratique, et pour cause, tout naturellement le dessus. Pour cette raison, il me paraît à peine permis d'exiger des critères de l'autisme (Abély, p. 16).

De quoi s'agit-il dès lors ? Y a-t-il réelle rupture, voire contradiction entre les deux ordres des notions employées ? Nous ne le croyons point. Tout le problème de la théorie et de la pratique dans notre domaine se trouve posé ainsi. Cette pratique ne consiste pas en une simple application de la théorie et des connaissances acquises, comme cela a lieu dans les sciences dites appliquées, mais concerne cette première et directe prise de contact avec le malade et, de ce fait aussi, le besoin de rechercher des voies d'approche vers lui, vers sa personnalité prise en entier, vers le monde dans lequel il vit. De sorte que cette pratique devient la source de « connaissances » qui lui sont propres et qui ne cadrent pas nécessairement avec les filiations établies théoriquement par ailleurs. Bleuler avait bien conscience de cet état de choses, en insistant sur ce que ces manifestations globales on les « sent » bien davantage qu'on ne les constate objectivement et les décrit. Et cette faculté de sentir que le psychiatre acquiert au contact journalier avec les diverses variétés des malades mentaux, est une des pierres angulaires de sa formation. A cet impératif, nous n'échappons ni les uns ni les autres ; nous n'avons du reste nulle raison de le faire.

Je sais bien qu'il n'est guère indiqué de détacher une phrase de son contexte pour en tirer des conclusions ; je n'ai pas pu m'empêcher pourtant de m'arrêter à une phrase de Paul Abély et d'y revenir même à plusieurs reprises, d'autant plus qu'elle est imprimée en italique. C'est lorsque, à propos des délires schizophréniques, il finit par parler « d'essais de s'échapper de ce cercle de désespérante étrangeté où ils se sentent étouffés, de ce gouffre où ils ont l'impression de s'enliser, de s'accrocher à quelque chose pour justifier leur existence qu'ils sentent mal ». Ces paroles, et plus particulièrement le fait de mal sentir son existence, qui traduisent peut-être un des traits les plus caractéristiques du monde schizophrénique, rendent un tout autre son que les troubles des associations, et là, je dois le dire, j'ai très synto- niquement vibré à l'unisson avec l'ami Abély, d'autant plus que j'ai insisté de mon côté sur cette déficience de la faculté de sentir sa propre existence.

Paul Abély, comme Bleuler, considère la schizophrénie comme affec-

tion d'origine organique — je n'ai aucune objection à formuler à cet égard — et là forcément au premier plan, sur le versant psychologique, viennent se situer les troubles associatifs ; la corrélation paraît plausible, s'impose d'elle-même, comme en général les symptômes isolés, les facteurs, une fois détachés du fond mental dont ils procèdent, se mettent directement en perspective sur les données de la neuro-biologie. Loin de moi la pensée de nier l'origine organique de la schizophrénie. Seulement, cette première prise de contact avec le malade dont nous avons parlé, avec les voies d'approche qu'elle recherche et qui, au fond, se situe en dehors de la question d'origine, n'y perd point ses droits. Elle demeure tout aussi agissante qu'auparavant.

Et si nous parlons de première prise de contact, cela ne veut point dire qu'elle prend fin avec le premier examen. Le dialogue se poursuit dans le même sens, se poursuit sans prendre fin à vrai dire, en venant coiffer toutes nos démarches diagnostiques et thérapeutiques. Et là, de nouveau, je ne saurais mieux faire que de citer Abély : « Pour percer le comportement schizophrénique et avant d'interroger un tel malade, il faut longuement, attentivement, au jour le jour, le regarder vivre dans son univers pathologique et errer dans les décombres de sa personnalité disloquée. »

Il a été dit, à juste raison d'ailleurs, que les nouveaux traitements ont bouleversé l'aspect de la psychiatrie. Nous enregistrons ces bienfaits avec une profonde satisfaction. Notre but est évidemment de soigner les malades et de les guérir dans la mesure de nos moyens. Seulement, il a été dit également, et non sans raison de nouveau, que ces acquisitions thérapeutiques ont fait quelque tort à la clinique, en aboutissant à leur application en série d'une manière schématique à l'excès. Là, nous sommes ramenés une fois de plus à cette connaissance plus approfondie du malade mental à laquelle nous ne saurions renoncer. Et, à ce point de vue, les notions mises à jour grâce à la schizophrénie servent, à moi du moins, d'utile poteau indicateur, s'il est permis de s'exprimer ainsi, non pas tant pour ce qui est du processus schizophrénique, que pour ce qui est de la façon d'être particulière du schizophrène.

Cela me mène à la deuxième partie du mémoire de M. Abély : Essai de reconstruction. Il ne s'agira du reste nullement de « flèches d'une critique impitoyable » comme le redoute l'auteur, car les critiques que j'ai à formuler se retourneront, en partie du moins, contre moi-même. Ainsi, pour commencer, je dois faire un aveu : la névrose d'échec, dans ce contexte surtout, n'évoque en moi aucune image précise. De cela, je ne puis évidemment faire le moindre grief à Abély, mais cela me donne l'occasion de répéter ce que plus d'une fois j'ai pu constater, à savoir que nous sommes tous, les uns et les autres, en fonction de nos penchants personnels, de notre formation, de notre propre vision du monde, quelque peu « lacunaires » face aux pro-

blèmes que posent nos malades ; il n'y a pas de psychiatre complet. Je ne crois pas, du reste, que ce soit un mal ; ces divergences sont probablement inhérentes à la « matière » même, avec les multiples facettes qu'elle offre, dont nous avons à nous occuper. De là procède aussi certainement le fait que la névrose d'échec ne me donne point satisfaction. Lorsque j'ai entendu parler de la névrose d'échec de Baudelaire, je n'ai pas pu m'empêcher de me demander de quel côté était l'échec, du côté de Baudelaire qui, malgré sa névrose, a su nous donner ses poèmes, ou du côté de ceux qui croyaient pouvoir nous entretenir longuement de la névrose d'échec du poète, comme s'ils se chargeaient, une fois cette névrose réduite, de le faire produire mieux et davantage. C'est qu'en présence de son œuvre, le mieux et le davantage ne se posent plus du tout ; c'est déjà bien beau ainsi. Et c'est, sur le plan plus général et clinique cette fois-ci, que nous voyons, d'une manière semblable, la notion de névrose et de mécanismes névrotiques s'étendre à tel point qu'elle risque, au même titre et même probablement encore davantage que la schizophrénie, de se perdre dans le vague, devenir un terme passe-partout, un « fourre-tout » pour revenir à cette expression. On ne sait plus du tout ce qu'elle veut dire. C'est d'ailleurs à nouveau peut-être une lacune de ma part. Car, là encore, je dois avouer — et je le fais pour me mettre de mon mieux au diapason de cette note, « d'honnêteté » qui caractérise l'effort personnel d'Abély — que lorsque j'aborde un malade et recherche une voie d'approche vers lui, la question est-ce une névrose ou une psychose ne se pose pas devant moi, au départ du moins, départ qui cependant, comme nous avons essayé de le montrer, se prolonge bien au-delà du point de départ. Car ce qui compte, ce sont les poteaux indicateurs, comme nous nous exprimions tout à l'heure, susceptibles de nous guider dans notre analyse et dans notre travail d'approche. Ainsi, ce qui m'importe bien davantage, c'est de discerner, par exemple, s'il s'agit d'une angoisse authentique ou seulement relatée, voire verbale. Bien sûr, sans hésitation, nous pourrions dire d'un délirant qu'il est atteint d'une psychose ; mais aurons-nous ajouté ainsi quelque chose d'essentiel au fait que nous avons un délirant devant nous. Et, de plus, les délires ne sont pas toute la psychiatrie. On peut aussi bien considérer une schizophrénie latente ou même la schizoïdie comme une névrose que trouver des traits caractéristiques de la série schizoïdo-rationnelle chez un malade étiqueté névrose. Pour ma part, je recherche souvent ces traits, sans qu'ainsi il soit dit que tout est schizophrénie pour moi. Je me méfie seulement quelque peu de la façon dont on se sert de nos jours du terme « névrose » et trouve dans les notions d'origine schizophrénique un point d'appui qui me paraît plus solide, tant sur le plan théorique que pratique.

Un jour peut-être un esprit universel arrivera à concilier tous ces points de vue divergents pour aboutir ainsi à une conception synthétique de la psychiatrie. Mais l'avouerai-je de nouveau ? dans mon for

intérieur, je ne souhaite pas du tout la venue d'un génie de cet ordre ; j'en serais même désolé. Il risquerait de tarir la source de la psychiatrie à laquelle nous venons tous puiser. Car c'est précisément à travers nos divergences, nos discussions, nos errements et nos faux-pas, que la psychiatrie, tout en relevant d'un équilibre fragile et instable, avance, en déposant sur son chemin des données positives dans tous les domaines auxquels, dans sa diversité, elle touche. C'est là pour nous son principal attrait. Et c'est ainsi aussi que si la schizophrénie à certains égards est à peine défendable, elle se défend quand même.

Au congrès de Zurich, Rümke parlait de pseudo-schizophrénies ; là trouveraient leur place probablement les névroses d'échec de Paul Abély, comme également des avis semblables émis par d'autres auteurs. Il m'a paru toutefois de tout temps assez délicat de faire de la gravité seule, en l'absence de tout autre critère clinique, un facteur décisif de diagnostic différentiel, et ce qui, pis est, d'inclure l'idée d'incurabilité dans la notion d'une affection. Les nouveaux traitements, qu'il s'agisse de la paralysie générale ou de la schizophrénie, font valoir ici leurs résultats, et nous ne sommes point encore au terme de nos efforts. La discrimination faite uniquement sous le signe d'une évolution fatale se fait au détriment des cas dits graves, ce qui ne veut point dire que nous ayons l'intention de nier, sur le plan empirique et provisoire cette fois-ci, l'existence de cas de cet ordre. Aussi, en écoutant Rümke, deux questions m'étaient-elles venues à l'esprit : la première, sommes-nous capables de différencier les pseudo-schizophrénies des vraies au départ ou à la rigueur en cours de route, ou seulement après coup si l'on peut dire ; la seconde, et elle me paraît plus importante que la première : si pseudo-schizophrénies il y a, n'avons-nous pas intérêt, pour ce qui est de l'abord du malade dont j'ai parlé et du dialogue qui s'engage ainsi, à considérer les vraies schizophrénies comme des fausses seulement ?

Pour terminer, encore une phrase de Paul Abély, qui m'a permis d'opérer ma catharsis et dont je lui suis particulièrement reconnaissant, bien par-delà les objections qu'il formule à mon encontre, phrase imprimée en italique elle aussi : « *Car aucun effort n'est vain pourvu qu'il soit désintéressé et impartial.* » Et là nous sommes tous faits pour nous rencontrer.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — Je remercie tout d'abord mon vieil ami, Eugène Minkowski, de s'être intéressé à mon récent travail sur la schizophrénie. Si j'ai pu lui sembler apparemment agressif, il n'en était rien. Ce sont ses beaux travaux qui sont les seuls responsables de cette apparence, car leur valeur, leur psychopathologie pénétrante avaient attiré mon attention en toute priorité. Comme lui, je cherche simplement la lumière, et elle n'est pas commode à trouver dans cette grande ombre schizophrénique.

D'ailleurs, je l'écrivais récemment, je n'en suis encore qu'aux travaux

d'approche. Pour avancer lentement dans cette forêt, il faut toujours un peu élaguer tout au long du sentier.

Ainsi que le disait à la dernière séance de la Société notre président sortant, Adrien Borel, le temps n'est plus à l'académisme. L'importance du sujet est devenue telle qu'il vaut mieux, je crois, éviter les demi-teintes et les expressions ambivalentes. En écoutant E. Minkowski, je réalise que nos disciplines psychiatriques sont très dissemblables, qu'il est, lui surtout, un philosophe, et moi, surtout, un clinicien, c'est-à-dire que nous abordons les malades très différemment, comme le font aussi les psychanalystes. Aucune technique ne mérite l'exclusive. Mais, de ce fait, nous avons peu de chance de nous retrouver en des opinions identiques, car nous regardons le sujet avec des optiques différentes.

Quand je lis par exemple dans une de ces publications* la phrase suivante : « La sensibilité cutanée, comme d'ailleurs toutes les fonctions psychophysiologiques sont intactes chez les schizophrènes », cette divergence m'apparaît comme irréductible, car j'estime que c'est précisément la perturbation de ces fonctions psycho-physiologiques qui est la cause fondamentale du comportement anormal de ces malades, que ce comportement soit affectif, psychomoteur, intellectuel ou autre.

Dans ce même mémoire, M. Minkowski écrit aussi : « Le diagnostic importe peu : psychasthénie ou schizophrénie ? Il est préférable d'éviter les querelles des mots. »

Pour moi, au contraire, je considère qu'en médecine, fût-elle psychiatrique, la sûreté du diagnostic prime tout le reste, si nous ne voulons pas nous abandonner à toutes les dangereuses voltiges du logos et à tous les empirismes thérapeutiques.

Je suis d'accord avec lui quand il parle, à propos de cette même entité nosologique, de troubles de la personnalité, de morcellement, de fragmentation de la vie mentale, de perte du sentiment d'exister. Mais alors, que peut-on tirer sérieusement d'authentique et de précis de cette destruction, sinon l'évidence de ce chaos. Tout le reste ne peut être qu'interprétation ou intuition.

Evidemment, quand on contourne cette difficulté, quand, comme cela apparut bien au dernier congrès de Zurich, on évite d'aborder les questions litigieuses et les points névralgiques, alors on vogue sur une mer sans rivages où l'on peut évoluer au gré de sa fantaisie parmi les fausses, les vraies et les éventuelles schizophrénies. Alors se groupent dans le sillage de ce vaisseau autistique les malades les plus disparates, et surtout tous ces névrosés, ces cabotins tragiques de la psychiatrie qui simulent tout ce qu'on veut, tant ils ont un besoin impérieux et subconscient de se rendre originaux aux autres et à eux-mêmes. Les vrais schizophrènes, eux, ne simulent pas, n'exagèrent rien. Ce sont des êtres traqués qui ne savent comment s'échapper de l'étrange prison où ils se sentent étouffés. Ils sont autant, sinon plus, inadaptés à eux-mêmes qu'au réel et ils cherchent dans une rigidité psychique ou motrice d'étranges attitudes d'auto-défense. Ce point de vue rétablit à sa juste place la notion de « nombre ». M. Minkowski nous citait tout à l'heure la parabole de E. Bleuler sur les chevaux et les hippopotames. Cette parabole perd aujourd'hui, en effet, un peu de sa valeur, car bientôt il n'y aura pas plus de chevaux que d'hippopotames, et il y aura peut-être aussi moins de schizophrénies.

Mon interlocuteur avance que « la schizophrénie bleulérienne est, ne fût-elle que placée dans sa perspective historique, l'aboutissement de tout un siècle de pensée psychiatrique ». C'est exact et très respectable. Mais il me semble que l'histoire et la pensée psychiatrique continuent leur

* « L'atteinte schizophrénique », par E. MINKOWSKI (Sentir le vécu), *Giornale de psichiatria de di neuropatologia*, 1953.

cycle, qu'il n'y a pas encore eu d'aboutissement définitif. Le problème reste ouvert et le voyage au bout de la nuit continue. Le parcours s'allonge même, il faut à chaque instant poser de nouveaux poteaux indicateurs et baliser l'horizon, car rien n'est plus fâcheux que l'immobilisme. Toute la dernière moitié de ce ^{xx}e siècle apporte dans ce sens d'étonnants exemples en ce qui concerne la pensée scientifique en général.

E. Minkowski critique ma conception des névroses d'échec, que l'on pourrait tout aussi bien d'ailleurs appeler névroses de refuge, névroses de démission, névroses de frustration ou névroses réactionnelles. Ce désaccord est, encore ici, sans doute, la conséquence directe de notre façon dissemblable d'aborder les malades ou de les sentir, peut-être aussi de nos tendances affectives. Comme je me méfie toujours de ma propre intuition, je me suis entêté depuis quelque temps à rechercher un critère assez solide qui me permettrait de faire un diagnostic différentiel, objectif. Depuis deux ans, la pratique des tests projectifs m'a permis d'approcher de près ce problème, et en général l'avenir n'a pas démenti cette discrimination. Cette pratique m'a fait voir ainsi sous un jour différent les névrosés et les schizophrènes. Les premiers, inconsciemment ou non, jouent la comédie à eux-mêmes et aux autres. Dans ce jeu morbide, ils deviennent bientôt prisonniers, figés, engagés. Les seconds, au contraire, sont psycho-physiologiquement inaptes à de telles acrobaties affectives. Tout au plus peut-on quelques rares fois deviner une certaine teinte ludique et clownesque chez certains paranoïdes qui tentent de délirer pour se justifier. C'est pourquoi j'approuve entièrement la phrase de mon interlocuteur lorsqu'il écrit : « En psychopathologie, nous devons nous méfier des similitudes superficielles, il faut aller jusqu'au fond des choses. » Il en est de même, plus encore peut-être, dans la simple clinique, car j'ai bien l'impression en effet qu'on a beaucoup abusé de ces similitudes superficielles.

En résumé, je crois qu'E. Minkowski a incomplètement saisi ma pensée. Je n'en suis pas plus pour l'associationnisme que pour tout autre symptôme. Ce que j'apprécie intégralement chez Bleuler, c'est son expression d'anarchie globale du « Zusammenarbeit », d'origine vraisemblablement organique. Pour moi l'authentique, la vraie, la seule schizophrénie, digne de ce nom, est une grave perturbation de toute la synthèse mentale. Tous les symptômes qu'on a décrits ne sont que l'expression d'ensemble de cette maladie de la synthèse. Tous n'apportent une réelle valeur au diagnostic que par leur présence d'ensemble ; pris isolément et non groupés, ils perdent leur valeur propre, car chacun peut se retrouver à part, dans beaucoup d'autres maladies mentales. Choisir un de ceux-ci comme symptôme primordial et démonstratif, c'est vouloir escamoter le diagnostic ou étendre ce diagnostic à bien d'autres syndromes.

La difficulté de sentir le vécu, le mauvais contact avec la réalité peut se retrouver dans la psychasthénie, par exemple avec d'autres symptômes de la série psychasthénique. Mais il n'y a pas de véritable anarchie de Zusammenarbeit, il y a seulement fatigue et dispersion dans le pouvoir de synthèse.

Ce n'est pas résoudre le problème que de dire, avec peut-être un peu la politique de l'autruche : « Peu importe le diagnostic de psychasthénie ou de schizophrénie..., je ne sais pas ce qu'est exactement une névrose... Il n'y a pas de troubles psychophysiologiques dans la schizophrénie..., etc... »

J'ai suivi avec beaucoup de plaisir et d'attention la brillante dialectique de mon ami E. Minkowski, mais j'avoue avec quelque regret, et pour les raisons que j'ai indiquées, qu'il ne m'a pas convaincu.

Non, je ne crois plus à la schizophrénie telle qu'on nous la présente aujourd'hui. Elle s'est vraiment trop étendue en largeur au détriment de sa profondeur. Elle s'est transformée peu à peu en un flot envahissant et sans limites qui risque de submerger tout notre horizon psychiatrique.

Enfin, d'après ce que j'ai cru entendre, M. E. Minkowski semble redouter

qu'un jour ou l'autre un esprit diabolique arrive à concilier tous nos points de vue divergents pour aboutir à une conception synthétique de la psychiatrie. Notre spécialité y perdrait peut-être de son attrait (car nous n'aurions plus de quoi alimenter nos discussions) et la philosophie tout son charme.

Mais qu'il se rassure ; nous n'en sommes pas encore là, et la fable, ébauchée autant qu'humoristique de Paul Valéry, est toujours d'actualité :

*Maître cerveau sur son homme perché,
Tenait dans ses plis son mystère...*

« J'ai oublié la suite. »

Essai d'utilisation de tests comiques et humoristiques chez les psychopathes et les névropathes, par M. Paul ABÉLY

Dans ce premier travail, à peine ébauché aujourd'hui, il n'est pas dans mes intentions d'étudier le sens du comique et de l'humour chez les psychopathes. C'est un sujet qui a déjà fait l'objet de nombreuses publications, tant en France qu'à l'étranger, depuis la thèse bien connue de Le Maux. Je le reprendrai peut-être, mais après des contrôles plus étendus.

Quand on regroupe les nombreux tests dits projectifs, dont les plus connus et utilisés sont le Rorschach et le T.A.T., l'attention est vite attirée par le fait que tous ces tests sont traumatisants et anxiogènes et que leurs planches, qui rappellent souvent des visions de cauchemar ou d'énigme, déclenchent rapidement des fortes réactions émotives, de défense et de méfiance. D'ailleurs, ils réveillent chez les testés un dynamisme agressif, ainsi que de l'angoisse ou du blocage.

Il m'est venu alors à la pensée l'idée suivante : « Puisqu'on recherche en somme à révéler et à projeter les tendances instinctivo-affectives du sujet ainsi étudié, pourquoi ne pas tenter de dévoiler ces mêmes tendances instinctivo-affectives par des figures plus ou moins euphorisantes, les plaçant devant le spectacle banal, réel, souvent grotesque de la vie quotidienne et aptes aussi à saisir chez le sujet le sens du comique ou de l'humour. »

C'est très empiriquement que j'ai fait mes premiers essais et que j'ai réuni quelques planches prises au hasard dans des livres ou des hebdomadaires. J'ai groupé ainsi plusieurs types de tests : les uns simplement grotesques, comiques, excessifs ou chargés de détails, d'autres humoristiques mais gradués selon l'importance et la finesse de l'humour ou du jeu de mot et selon le niveau intellectuel du testé, selon son âge et sa situation sociale ; enfin, certains étant surtout destinés à réveiller des préoccupations ou des jugements à tendance érotique et éthique.

Mon matériel très élémentaire et très modeste m'a cependant fait aboutir à quelques premières constatations.

Je crois pouvoir dès maintenant retenir quelques prudentes conclusions que je résume ainsi. Tout d'abord, on contrôle assez curieusement, quel que soit le type de test utilisé, les mêmes réactions immédiates qu'avec un test projectif classique, cela dans la majorité des cas, à savoir : une méfiance, une hésitation, une attitude de raideur et de défense à l'égard du testeur, comportement qui, quelquefois, se dissipe assez rapidement mais pas toujours cependant.

Selon chaque cas envisagé, je sélectionne un certain nombre d'images, je les sou mets en bloc au sujet en la priant de les classer selon sa préférence et de m'indiquer tout d'abord le motif de cette préférence ou de cette répulsion (*jusqu'ici je n'ai testé que des malades femmes*). Puis je lui demande de me donner tous les détails de la planche, les réflexions qu'elle lui inspire, enfin une conclusion générale pour chaque image. Je remarque alors qu'en général le sens du comique et de l'humour (à part quelques maniaques ou quelques délirantes euphoriques) est peu développé chez la plupart des névropathes ou des psychopathes ; ou bien il est totalement absent, ou bien il déclenche une réaction de mauvaise humeur comme si l'intéressée trouvait la plaisanterie de mauvais goût. Cela est particulièrement net chez certaines névrosées d'un certain niveau intellectuel. Chez celles qui avaient déjà réagi agressivement aux tests de Rorschach ou de T.A.T., on retrouve exactement et curieusement le même comportement, surtout lorsque la malade se trouve devant une image à allusion sexuelle (névroses de refuge, névroses d'échec). En revanche, chez les petites obsédées et les psychasthéniques, le côté comique les fait rire franchement mais le sens de l'humour leur échappe entièrement. Ces tests, comme tous les autres tests, m'ont régulièrement permis de mettre ainsi en évidence les déficits mentales camouflées. Les véritables schizophrènes réagissent de plusieurs façons selon la gravité de la psychose ou les résultats thérapeutiques concomitants.

Chez les premières, les plus touchées, il n'y a en général ni réaction agressive, ni réaction anxieuse, ni réaction euphorisante, c'est l'indifférence.

Chez toutes, le sens du comique est totalement absent chez quelques-unes seulement, encore exceptionnellement et avec une extrême difficulté et lenteur on découvre un certain sens de l'humour mais exprimé d'une façon atone et maussade.

Chez les schizophrènes ayant heureusement réagi au traitement, soit à la cure de Sakel, soit à celle des neuroleptiques, on retrouve habituellement un réveil du sens du comique et du grotesque ainsi qu'une plus grande précision dans les détails, mais on s'aperçoit que le sens de l'humour est toujours absent.

Ces essais préliminaires et sans prétention exigent naturellement des contrôles multipliés et aussi renouvelés chez le même sujet, avant de savoir si ces tests comiques et humoristiques peuvent apporter des indications nouvelles, hors des sentiers battus. Mon ambition avait été

surtout inspirée par un désir obstiné de découvrir la technique la plus apte à démêler le plus tôt possible l'écheveau souvent inextricable qui englobe sous une présentation clinique trompeuse les psychonévroses et les schizophrènes authentiques. Dès maintenant, j'ai cru pouvoir retenir que, dans cette dernière recherche, ces tests ont une certaine utilité. Ils m'ont déjà permis de faire précocement des discriminations que l'avenir a en général confirmées. Ils m'ont aussi montré que l'ironie amère des déments précoces n'a aucun point commun avec le sens du comique ou de l'humour.

La séance est levée à 18 heures 15.

Le secrétaire des séances :

G. TEULIÉ.

SOCIÉTÉS

Société belge de neurologie

Séance du 25 janvier 1958

Présidence : M. A. DE HAENE, président

Syndrome cérébelleux d'apparition récente dans un cas d'épilepsie musicogénique, par MM. R. HASAERTS et J. TITECA

L'épilepsie musicogénique, variété d'épilepsie réflexe où les crises sont électivement déclenchées par une audition musicale, est rarissime ; le cas présenté est le 38^e de la littérature mondiale et le premier observé en Belgique.

Après une revue de la littérature, les auteurs présentent une femme de 48 ans dont l'affection a débuté à 22 ans, par des crises d'allure, tantôt grand mal tonico-clonique, tantôt psychomotrice, avec aura épigastrique, déviation de la tête vers la gauche, mâchonnements, contraction du membre supérieur droit et activité automatique amnésique.

Depuis l'âge de 32 ans, on a remarqué que ces crises étaient déclenchées par une audition musicale. La musique romantique est à ce sujet particulièrement efficace. Le violon, le piano et l'accordéon provoquent le plus aisément la crise ; le chant ne détermine qu'une aura ; les fanfares restent sans influence. Lorsque la musique surprend la malade chez elle, il se produit généralement une crise psychomotrice typique ; lorsqu'elle la surprend sur la voie publique, la patiente est prise d'un automatisme ambulatoire sous l'influence duquel elle regagne son domicile par le plus court chemin.

L'examen électro-encéphalographique montre une dysrythmie diffuse, à prédominance temporale gauche. La crise, qu'il est aisé de déclencher par une audition de musique, ce dont les auteurs font la démonstration, s'accompagne d'une décharge de pointes et d'ondes lentes à la région temporale gauche.

En plus de ce caractère musicogénique si rare, cette malade présente encore un autre syndrome qui ne complique qu'exceptionnellement l'évolu-

tion des épilepsies : depuis huit mois est apparu un syndrome cérébelleux progressif avec troubles graves de la statique, incapacité de marcher et incoordination des mouvements, qui correspond, comme l'a montré van Bogaert, à une atrophie cérébelleuse.

Trois observations anatomo-cliniques de toxoplasmose congénitale,
par MM. J.-M. BRUCHER et R. HEFFINCK

Ces trois enfants sont morts respectivement à 6 semaines, 5 semaines et 4 mois. Dans les trois cas, il y avait de l'hydrocéphalie progressive, des troubles neurologiques principalement pour le tonus et les mouvements oculaires, ainsi que des réactions sérologiques positives pour la toxoplasmose. Dans les deux premiers cas, il y avait une hépato-splénomégalie et le liquide céphalo-rachidien montrait une forte hyperalbuminose et une lymphocytose modérée.

Le premier de ces patients avait une symptomatologie semblable à la maladie hémolytique du nourrisson (ictère, purpura, érythroblastose, mais Coombs négatif). Dans le deuxième cas, il y avait des calcifications intracranienues, tandis que le fond de l'œil du troisième présentait des lésions pseudo-colobomateuses typiques.

Il est intéressant de noter que, dans les trois cas, la mère a présenté un épisode grippal durant la grossesse (toxoplasmose débutante ?).

L'examen anatomo-pathologique de ces trois cas met en évidence des lésions très comparables, dont les auteurs donnent une description détaillée.

Ces trois observations successives montrent que la toxoplasmose congénitale n'est pas tellement rare et peut simuler parfois la maladie hémolytique du nouveau-né.

J. LEY.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 25 janvier 1958

Présidence : M. E. EVRARD, président

Aux confins de la schizophrénie.

Considérations sur certains états limitrophes, par M. E. EVRARD.

A l'occasion de son allocution présidentielle, l'auteur développe des considérations psychopathologiques et nosographiques sur certains états limitrophes du groupe des schizophrénies.

Un tableau névrotique peut inaugurer une folie discordante authentique ;

ainsi en est-il, par exemple, des aspects psychasthéniques d'une schizophrénie paranoïde débutante. La projection sur le monde de la personnalité subjective troublée et la tendance à l'intégration au moi d'un monde ainsi altéré et détaché du réel sont des signes d'alarme.

La constitution schizoïde permet l'éclosion de névroses marginales en informant de façon notable les contenus et les mécanismes névrotiques de défense et d'adaptation au milieu.

Nous manquons encore de critères bio-psychologiques valables pour identifier la schizophrénie parmi les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et subaiguës (groupe d'attente). Dans l'état actuel de nos connaissances, le critère du dynamisme évolutif seul permet d'affirmer l'existence d'une schizophrénie.

La paraphrénie, qui se situe entre la paranoïa et la schizophrénie paranoïde, illustre l'importance de la conservation du fond mental et d'une suffisante adaptation au monde ambiant en tant que signes distinctifs vis-à-vis de la psychose paranoïde. Elle illustre également l'importance des notions de structure de la personnalité et de niveau d'intégration sociale, facteurs de résistance plus ou moins grande aux forces dissociatrices.

« L'utilisation névrotique de dispositions schizoïdes »,
par M. R. DELLAERT

La spécification symptomatologique des névroses se fait en fonction de la structure psychique, c'est-à-dire que la névrose, pour s'expliquer, rend manifestes des schèmes d'action latents, plus ou moins préformés.

La schizoïdie produit l'image-type qui correspond à cette constitution à l'occasion d'attitudes névrotiques ; le sens vécu même des symptômes s'ébauche dans les préformations structurelles.

En suivant cinq cas de jeunes filles ; chez lesquelles la psychothérapie fut tentée, on se rend compte de la signification analogique de leur symptomatologie, mais du degré différent du processus : dissociation d'emblée, dissociation passagère avec séquelles, prédissociation, névrose grave avec danger de dissociation, névrose organique.

Les possibilités et succès de la thérapie sont dépendants de la profondeur à laquelle la personnalité est atteinte : la scissure dissociative semble être insurmontable.

Par contre, une personnalité schizoïde, non déjà atteinte par la dissociation schizophrène, se prête à la psychothérapie. Une forme de logothérapie originale, calquée sur la méthode de réalisation symbolique, n'a pas donné de résultats positifs ; par contre, une méthode cathartique d'expression libre fut le moyen idéal d'approche et de pénétration ; l'évolution psychique est démonstrative pour un cas (de névrose schizoïde grave) sur foi d'une grande collection de documents (dessins).

L'administration du trilène dans la convulsivothérapie électrique et cardiazolique, par MM. L. MASSION-VERNIORY, E. DUMONT et L. CASSIERS.

Les auteurs décrivent l'association d'une anesthésie au trilène à l'électrochoc et au cardiazol pratiqués sous succinylcholine.

Par rapport aux autres anesthésiques gazeux, le trilène présente l'avant-

tage de ne nécessiter qu'un appareillage des plus simples et d'être totalement inoffensif.

Sur le pentothal, il a la supériorité d'une toxicité générale et hépatique nulle, d'un moindre risque cardiaque et d'une action anti-convulsivante beaucoup moins prononcée. Il présente, d'autre part, l'inconvénient de nécessiter la collaboration du patient et de ne pas effacer la confusion post-critique.

Associé au cardiazol, le trilène permet l'usage de la succinylcholine dans ce type de choc, supprimant ainsi tout risque de fracture et allégeant la surcharge du système vasculaire. Il rend donc possible une extension beaucoup plus grande de la thérapeutique au cardiazol.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Investigations préliminaires à une étude scientifique de l'alcoolisme psychiatrique, par Claude NACHIN (*Thèse de Médecine*), Lyon, 1957. 1 volume in-8°, 138 pages. Imprimerie nouvelle lyonnaise, impr.

Cette thèse, réalisée dans le service du D^r A. Réquet, à l'hôpital psychiatrique du Vinatier, nous paraît d'une toute particulière importance par la richesse de ses données et l'importance des développements qu'elle laisse prévoir. Elle constitue donc la mise au point actuelle des travaux poursuivis depuis plusieurs années par Réquet et ses collaborateurs sur les problèmes cliniques, thérapeutiques et socio-économiques actuels de l'alcoolisme.

Rappelant d'abord les nouvelles conditions apparues depuis l'utilisation des différents traitements anti-alcooliques récents, et en particulier du disulfiram, l'auteur souligne que cette évolution thérapeutique a entraîné une modification des conditions de recrutement des buveurs soignés ; il distingue ainsi le buveur « traditionnel » ou « non-psychiatrique », chez lequel l'intoxication est le résultat d'une longue habitude souvent liée aux mœurs ou à l'occupation sociale, et dont le facteur de tolérance reste longtemps élevé. Un tel malade (« alcoolite » de Fouquet) s'achemine surtout vers une décompensation viscérale de son alcoolisme ; ces traits l'opposent à l'alcoolique « psychiatrique », sujet caractérisé avant tout par sa susceptibilité et sa sensibilité particulières à l'alcool, son facteur de tolérance très réduit, la précocité et l'importance des accidents psychiatriques qu'il présente. L'élément le plus important mis en évidence par Réquet et Nachin est précisément l'augmentation considérable de ce dernier type d'alcoolisme à l'heure actuelle.

L'ouvrage de Nachin utilise pour matériel clinique un groupe de 534 buveurs psychiatriques, dont la plus grande partie sont venus volontairement à l'hôpital. L'étude attentive de ces sujets, même normaux en apparence, met souvent en évidence des anomalies d'ordre psychiatrique dans l'histoire des malades ; en dehors des névropathes alcoolomanes qui, dans ce travail, constituent une minorité (ce qui montre, selon nous, une fois encore, la diversité des conclusions auxquelles on peut parvenir en matière d'études sur l'alcoolisme si l'on ne tient pas compte préalablement du mode de recrutement et de la « physionomie » particulière des groupes cliniques et sociaux,

éléments variables selon les études et les auteurs), une partie importante des malades étudiés par Nachin présentent dans leur histoire un certain nombre de situations anormales, psychiatriques ou « parapsychiatriques » : parmi les situations psychogènes qui jalonnent la vie de ces sujets, une des plus importantes semble être la défection parentale. L'auteur insiste également sur la fréquence des antécédents psychiatriques dans la lignée du buveur, voire dans celle de sa femme.

L'étude statistique de ces 534 malades permet de préciser l'importance numérique des différents caractères que l'étude clinique met en évidence chez eux. Elle permet de confirmer le rôle particulier de la défection des parents, des situations d'adoption, des échecs matrimoniaux et de la pathologie du foyer, qui semblent entraîner une fréquence accrue des engagements dans l'armée et des échecs professionnels. Elle tend à montrer que plusieurs de ces caractères cliniques, dont les malades peuvent devenir porteurs avant ou pendant leur période d'alcoolisation, interviennent à divers degrés comme facteurs de leur décompensation psychiatrique.

Un chapitre essentiel du travail de Nachin est constitué par un essai d'interprétation de l'alcoolisme psychiatrique actuel. S'appuyant sur les travaux statistiques de Ledermann, l'auteur met en évidence la discordance entre l'évolution de la consommation des boissons alcoolisées d'une part, et celle de la morbidité psychiatrique de l'alcool d'autre part ; l'alcoolisme psychiatrique a atteint au cours des dernières années une fréquence sans précédent sur la base d'une consommation de boissons alcoolisées inférieure à celle de nombreuses années d'avant-guerre qui avaient connu une pathologie alcoolique moindre. L'auteur conclut à une baisse notable et générale de la tolérance à l'alcool, dans les conditions actuelles de notre civilisation : « Cette baisse de la tolérance se manifeste par une sensibilité plus grande à l'« endémie alcoolique », c'est-à-dire à la suggestion de boire avec, comme conséquence, une augmentation de l'appétit pour l'alcool et, d'autre part, par une sensibilité accrue à l'alcool ingéré avec, comme conséquence pratique, une tendance à la baisse de consommation. » Ainsi, la tolérance sociale à l'alcool subirait-elle une dégradation irréversible en fonction de l'accélération et de la transformation des rythmes de vie et de travail. Les buveurs psychiatriques étudiés par Nachin, qui présentent un certain nombre d'anomalies individuelles, sont les premiers touchés ; mais, dans ces conditions, beaucoup de consommateurs banaux ne supportent rapidement plus ce qu'ils boivent et s'acheminent vers une décompensation psychiatrique de leur alcoolisme.

Dans cette perspective, l'auteur, après avoir rappelé le traitement particulier des manifestations psychiatriques majeures de l'alcoolisme, étudie les divers éléments du traitement de « l'alcoolisme psychiatrique » : cure de désintoxication, cure de dégoût, psychothérapie, travail thérapeutique, posture et consultations médico-sociales, rôle des associations d'anciens buveurs, ainsi que les éléments de prévention des troubles pathologiques. Pour lui, le traitement des buveurs psychiatriques ne constitue d'ailleurs qu'une étape transitoire « destinée à limiter les dégâts matériels et surtout humains que ne peut manquer d'entraîner la baisse de la tolérance avant le déclin total de la consommation ». Il souligne, après beaucoup d'autres, la nécessité de mesures économiques et sociales qui dépassent le domaine du médecin.

On voit l'importance et la richesse d'enseignement de ce travail, qui cons-

titue au demeurant, une excellente mise au point du travail poursuivi ces dernières années par l'école lyonnaise.

R. ROBERT.

Etude de quelques échecs dans le traitement des alcooliques chroniques,
par Marc AMEIL. (*Thèse de médecine*, Paris, 1957, 1 volume, 86 pages,
R. Foulon, impr.).

Cette étude porte sur l'analyse de 25 observations d'éthyliques chroniques internés en hôpital psychiatrique à la suite de troubles plus ou moins importants du comportement. La plupart d'entre eux avaient été désintoxiqués antérieurement et avaient ensuite rechuté. Cette constatation pousse l'auteur à tenter de dégager les raisons des échecs enregistrés, à analyser les causes profondes de leur intoxication, enfin à tirer les conclusions pratiques et à montrer l'extrême complexité des problèmes posés par le traitement des alcooliques chroniques.

Après un exposé clinique des différentes observations, Ameil rappelle les diverses thérapeutiques utilisées chez ces malades : cures de désintoxication, techniques de déconditionnement. Puis il résume quelques conceptions concernant la signification de l'alcoolisme chronique, en insistant surtout sur les données cliniques des travaux de Fouquet, et sur les aspects médicaux et économiques mis en lumière dans l'œuvre de Réquet. Revenant ensuite à l'étude de ses malades, l'auteur les divise en trois groupes : 1) sujets pour lesquels le facteur de suggestibilité, sur un fond de débilité mentale, constitue un élément caractéristique de l'intoxication ; 2) malades chez qui l'intoxication alcoolique constitue une « malévolution » de la personnalité (alcoolisme névrotique, infantilisme et frustrations affectives, conflits psychologiques divers) ; 3) éthyliques chez qui les conditions favorisantes sont, soit une constitution psychasthénique, soit des manifestations mineures ou majeures de psychose maniaco-dépressive.

Pour Ameil, l'intoxication éthylique semble toujours être sous la dépendance de cinq facteurs : cause déclenchante originelle (souvent difficile à retrouver et sur laquelle il est en tout cas habituellement impossible d'agir), habitude (alcooliques « de société » ou « de compagnie »), structure ou réaction névrotique dans laquelle le recours aux boissons alcoolisées apparaît comme une véritable thérapeutique de compensation, contexte social (profession du sujet, conditions de logement, mauvaise atmosphère familiale, etc...), enfin état mental du sujet (, influence possible d'une débilité mentale, d'une constitution maniaco-dépressive ou psychasthénique). L'intrication de ces cinq ordres de facteurs est évidemment variable selon les sujets.

En conclusion, l'auteur insiste sur les problèmes thérapeutiques et les problèmes d'assistance posés par ces malades ; il souligne l'absence de solution univoque, la nécessité d'une étude approfondie de chaque cas, l'importance de la mise en évidence des problèmes particuliers à chaque malade. Disons à ce propos que l'importance de la psychothérapie ne nous paraît pas ici suffisamment soulignée, mais que ce fait peut sans doute s'expliquer par le recrutement et le type clinique même de la majorité des buveurs qui font l'objet de cette étude.

R. ROBERT.

Transvaluation de la psychanalyse. L'homme et l'absolu, par Wilfried DAIM, traduction française du texte allemand de l'édition de 1951 par Pierre Jundt. (1 volume, 430 pages, éditions Albin Michel, Paris, 1956).

Il s'agit de la traduction française par Pierre Jundt de l'ouvrage autrichien « *Umwertung der Psychoanalyse* », de Wilfried Daim, disciple de Igor A. Caruso, dont nous avons donné l'analyse, peu de temps après sa publication, dans les « *Annales médico-psychologiques* », 109^e année, t. 1, n° 3, mars 1951, p. 376-378. Depuis lors, le livre a eu un assez grand retentissement dans de nombreux milieux psychanalytiques et psychiatriques. L'apparition de cette traduction française ne peut que faciliter sa diffusion.

V.-J. DURAND.

Psychobiologie. Science de l'homme, par Adolf MEYER, professeur de psychiatrie à « *The Johns Hopkins University* », de Baltimore, Maryland, avec une introduction de Nolan D. C. Lewis, textes réunis et édités par Eunice E. Winters et Anna MacBowers. (1 volume, in-8°, 260 pages, Charles C. Thomas édit., Springfield, Illinois, U.S.A.).

Œuvre posthume, ce volume, divisé en trois parties, contient des manuscrits du regretté professeur Adolf Meyer, réunis, après sa mort, par Eunice E. Winters et Anna MacBowers. Ces textes sont ceux de conférences demandées à l'auteur par ses collègues pour les « *Sahnon Lectures* ». Adolf Meyer y expose la philosophie qui servit de base à son œuvre et les principes qui ont guidé son étude scientifique et médicale de la personnalité. Dans la première conférence, le professeur Adolf Meyer montre l'intérêt de la psychobiologie et sa place parmi les sciences. La seconde conférence traite de la pathologie psychiatrique. La troisième est consacrée à la thérapeutique. L'auteur y décrit comment une psychiatrie orientée psychobiologiquement base le traitement sur ce principe que des activités normales peuvent être utilisées pour la disparition des tendances les moins normales.

V.-J. DURAND.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

De l'homosexualité ; rapport spécial sur sa classification, par P.-D. SCOOT. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 50, n° 9, septembre 1957, p. 655).

Après avoir cité les diverses classifications concernant l'homosexualité, l'auteur base la sienne sur la qualité de la personnalité, qui semble présenter la plus grande importance pour le pronostic et le traitement de cette per-

version. Ses considérations sont basées sur des observations faites dans les cliniques, les hôpitaux et les prisons.

A) *Adolescents et adultes de mentalité mal développée.* — Ces sujets passent par une phase au cours de laquelle ils hésitent dans leur attirance vers l'un ou l'autre sexe. Un traitement psychiatrique et peut-être psychanalytique peut être nécessaire. Ces sujets ne présentent aucun danger social.

B) *Personnalités très gravement troublées.* — Elles présentent les cas suivants :

Des sujets, généralement des jeunes gens à l'allure et au langage efféminé, se suffisent sexuellement, mais ils sont recherchés par d'autres homosexuels et ils peuvent devenir des prostitués homosexuels. Ils ne sont pas dangereux socialement. Placés dans un milieu convenable, ils sont redressés rapidement.

Le faible d'esprit qui vit isolé ; il recherche parfois des contacts rapides dans les lavabos pour de l'argent. Ils ne sont pas dangereux socialement. On ne peut les traiter dans une clinique ; ils doivent être confiés à un assistant social.

L'individu rancunier aux tendances anti-sociales, qui a comparu devant les tribunaux à plusieurs reprises, qui a eu une enfance de vagabond. Il est difficile de préciser jusqu'à quel point il est un homosexuel, car il est toujours prêt à abuser de quelqu'un ou de quelque chose. Socialement, il est dangereux pour les autres homosexuels qui deviennent ses victimes. Aucun traitement ne donne des résultats.

C) *De l'homosexualité chez les sujets à personnalité normale.* — Ce groupe comprend des jeunes sujets scrupuleux, vivant agréablement sous le patronage d'autres homosexuels. Ces sujets ne font aucune proposition à d'autres personnes s'ils ne sont pas certains de leur approbation ; ils sont heureux et sont capables de remplir une profession utile. Ils ne sont pas du tout dangereux socialement. Ils ne nécessitent aucun traitement. On doit leur témoigner une attitude sympathique en leur montrant les risques particuliers qu'ils courent.

Dans cette division se trouvent aussi des sujets qui sont moins heureux, qui sont liés à des êtres dont l'amour présente socialement des difficultés. Ces sujets sont naturellement un danger pour les enfants. Ils peuvent bénéficier d'un traitement psychiatrique. On peut aussi les surveiller et les mettre à l'épreuve pour qu'ils modifient leur préférence sexuelle.

D) *De l'homosexualité latente et bien compensée.* — Il s'agit souvent de sujets ayant une grande force de caractère. Ils ne vont ni en prison, ni en clinique. Ils sont intelligents, ayant souvent une situation élevée ; ils sont parfois mariés et ils ont des enfants bien portants. Ils sont particulièrement portés à accomplir des actes incomplets, caresse, attouchement, exhibition dans les lavabos. Malheureusement, des enfants sont souvent impliqués mais toujours bien traités. Ils sont exceptionnellement hospitalisés dans des cliniques ; on peut les traiter par des sédatifs (œstrogènes).

E) *De l'homosexualité coexistant avec des troubles mentaux sérieux.* — Ce groupe, mal défini, comprend les homosexuels atteints de psychose, de lésions cérébrales organiques, d'altérations profondes de la personnalité.

Ils sont très dangereux socialement. Les punitions sont moins utiles que chez les sujets des autres catégories.

La comparaison des homosexuels avec les autres sujets au point de vue de la personnalité et du terrain familial est un champ fertile de recherches. Il ressort que les homosexuels sont plus intelligents que les autres sujets qui accomplissent des délits sexuels. Leur âge moyen est de 31 à 34 ans. Les psychanalystes n'ont pas trouvé qu'il existait un ego homosexuel spécifique et les cliniciens une personnalité spécifique. Une sérieuse frustration dans l'enfance des homosexuels est certainement la règle ; leur famille est divisée dans la moitié des cas.

Discussion : T. C. N. GIBBENS. — Il conclut qu'il y a de nombreuses formes d'homosexualité et que, s'il y a des différences d'opinions, c'est qu'on discute sur des formes différentes comme si elles ne faisaient qu'une.

Il n'est pas douteux que certains facteurs physiques s'observent chez les homosexuels. Ils sont endomorphes, méсанorphes ou ectomorphes, mais toujours d'une façon exagérée.

L. MARCHAND.

De quelques rapports dans les tentatives de suicide entre les facteurs sociaux et les diagnostics cliniques. Étude de 109 malades. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 3, septembre 1957, p. 221).

L'étude a porté sur 109 malades qui furent hospitalisés immédiatement après avoir fait une tentative de suicide. Au point de vue diagnostique, ils sont ainsi classés : psychose maniaque-dépressive, alcoolisme chronique, état réactionnel (hystérie), personnalité sociopathique ; un cinquième groupe comprend des sujets dont le diagnostic est mal établi. Les alcooliques chroniques, les sujets atteints d'un état réactionnel, d'une personnalité sociopathique, ont été exposés à une plus grande fréquence de difficultés sociales (friction dans leur ménage, divorce, instabilité dans leurs emplois, difficultés financières), que les sujets atteints de psychose maniaque-dépressive ou de syndromes cérébraux chroniques. Non seulement ils avaient été soumis à des ennuis sociaux au moment où ils accomplirent leur tentative de suicide, mais aussi tout au long de leur vie. Au moment de leur tentative de suicide, les maniaques-dépressifs et les sujets atteints de troubles cérébraux chroniques présentaient des symptômes dépressifs, du dégoût d'eux-mêmes, un sentiment d'indignité ; rarement ils manifestaient, comme les alcooliques et les sujets avec personnalité sociopathique, des sentiments de colère ou de haine, de frustration ou de manque d'égards. A noter qu'aucun des 109 malades n'a été considéré comme atteint de réaction dépressive névrotique ; pour l'auteur, cet état doit être considéré comme un symptôme de la maladie préexistante et non comme un diagnostic particulier.

L. MARCHAND.

De l'homosexualité dans la pratique clinique, par D. PARR. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 50, n° 9, septembre 1957, p. 651).

Il est difficile de définir l'homosexualité, qui comprend : l'homosocialité (relations sociales entre personnes du même sexe), l'homocrotisme (rap-

ports amoureux), l'homogénéité (contacts sexuels) ; elle peut être latente, masquée, symbolique, inconsciente.

Le mémoire n'a trait qu'à des malades mentaux. Sur 1.329 sujets, on ne relève l'homosexualité que dans 5,3 %. 200 cas ont fait l'objet d'une étude spéciale. Ils comprennent des malades traités, soit dans un hôpital psychiatrique, soit dans un hôpital pour névrotiques, soit dans la pratique privée. La période auquel se produisent principalement les délits homosexuels est comprise entre 31 et 40 ans. Tous les 200 sujets moins 23 ont eu des rapports homosexuels depuis leur puberté ; 50 % ont pratiqué la fellation, mais en fait la plupart ont pratiqué toutes les variétés d'actes homosexuels. Certains sont sujets actifs durant certaines périodes et passifs dans d'autres. 29 avaient des impulsions poedophiliques, 30 avaient d'autres perversions sexuelles ; la plupart vivaient en promiscuité et 35 agissaient dans les lavatory publics ; 37 étaient mariés.

L'influence de la vie en commun dans les pensionnats a été beaucoup exagérée. L'homosexualité de l'adulte peut avoir lieu en dépit de la coéducation durant l'enfance et l'adolescence. Il ne semble pas que la séduction soit un facteur causal important dans les troubles psychiatriques de l'enfant.

Les recherches concernant les rapports de la déviation sexuelle avec certaines particularités physiques ont été sans résultats.

Si on compare le nombre des délits sexuels qui sont détectés par les gardiens de la loi et qui entraînent des poursuites, ils sont infimes par rapport aux actes sexuels pratiqués illicitement.

L. MARCHAND.

Le milieu familial des schizophrènes ; la séparation des parents et leur mauvaise entente, par Th. LIDZ, A. CORNELISON et D. TERRY. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 3, septembre 1957, p. 241).

Les auteurs présentent une étude sur le milieu familial et les rapports entre les parents des schizophrènes. On a déjà remarqué la fréquence des mauvais ménages dans l'étiologie de la schizophrénie. L'étude de 14 familles dans lesquelles il y a des schizophrènes montre que les parents des malades menacent constamment de se séparer, qu'il n'y a aucune entente entre eux et que l'enfant ne peut, ni les prendre comme modèle ou porter sur l'un ou sur l'autre son affection. Dans six autres familles, les parents des schizophrènes vivent en bonne harmonie, mais dans les milieux familiaux créés par les mariages on note chez le parent dominant des manifestations psychopathologiques qui sont induites sur l'autre.

L. MARCHAND.

Projection neuro-psychique des hépatopathies, par E. RODA P. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 2, juin 1957, p. 181-193).

On voit assez souvent, en médecine interne ou en neuro-psychiatrie, des états d'insuffisance hépatique accompagnés de symptômes neurologiques et psychiques consécutifs à diverses hépatopathies. Les signes nerveux sont variables : névritiques, spasmodiques, pseudo-parkinsoniens. Au point de vue psychique, les troubles peuvent aller de la dépression à l'excitation. La base pathogénique de cette pathologie hépatique de projection réside dans le

rôle joué par le foie, tant pour son métabolisme propre que pour le métabolisme général. Il faut tenir compte également de son influence sur le métabolisme des autres organes et, tout particulièrement, du système nerveux. Les relations entre foie et système nerveux central et périphérique sont très étroites.

V.-J. DURAND.

Sur les syndromes mentaux après thyroïdectomie, par Silvano PARIGI et Enrico Roberto BONFIGLI (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 455-469).

Les psychoses apparaissant après thyroïdectomie font penser qu'il peut y avoir connexion entre l'opération et l'explosion de troubles mentaux. Les auteurs ont recherché la fréquence d'épisodes psychiques parmi les malades soumis à la thyroïdectomie à l'hôpital d'Arezzo au cours des quinze dernières années. Il y avait eu 120 opérations dans 90 % des cas pour goitre simple. Une seule fois fut observé, après l'intervention, un accès psychotique dysthymique. De l'étude de la littérature et de leur expérience personnelle, les auteurs concluent qu'il faut absolument, en présence d'une psychose apparue après l'intervention, déterminer ce qui est provoqué par le choc opératoire, par l'anesthésie, par le choc psychique, enfin par l'ablation de la thyroïde. Il ne semble pas que les psychoses soient plus fréquentes après thyroïdectomie qu'après d'autres opérations. La symptomatologie n'est pas spécifique, mais il y a prévalence des signes dépressifs. L'anamnèse psychopathique est souvent positive. Il y a des relations certaines entre glande thyroïde et système endocrino-végétatif. La thyroïdectomie pour hyperthyroïdie semble plus capable que celle pour goitre simple de déterminer des troubles mentaux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les pseudo-hallucinations. Étude clinique et phénoménologique, par G. C. REDA et G. VELLA (de Rome). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 81, fasc. 4, 31 décembre 1957, p. 831-881).

Les auteurs examinent, d'abord, dans un rappel historique, les diverses conceptions relatives à la classification clinique et phénoménologique des pseudo-hallucinations. Puis, ils décrivent onze observations, dans lesquelles étaient présentées des pseudo-hallucinations comme symptômes de maladie mentale authentique. Cela conduit à discuter de certains troubles psychosensoriels qui pourraient être confondus avec les pseudo-hallucinations : les hallucinations hypnagogiques, les « rêveries », les images post-optiques, l'hyperendophasie, les représentations aperceptives, le mutisme, les hypermnésies, les hallucinoses et les hallucinations psycho-motrices. Il est nécessaire de définir, aux points de vue clinique et phénoménologique, les pseudo-hallucinations, en les différenciant de tous ces troubles. Pour les auteurs, la pseudo-hallucination est une perturbation psycho-sensorielle qui se présente comme une perception interne, manque des caractères de corporéité projetés dans l'espace, se montre formellement différente des phénomènes imaginatifs et représentatifs normaux et pathologiques, est toujours l'expression d'une psychose et s'accompagne d'un jugement de réalité exact. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les conceptions actuelles des émotions, par Piero BENASSI (de Reggio Emilia). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 81, fasc. 4, 31 décembre 1957, p. 882-896).

Après avoir rappelé de façon synthétique les théories classiques de l'émotion, l'auteur analyse les tendances les plus récentes de la psychologie clinique et expérimentale. Il montre qu'il faut dépasser les dimensions de la psychologie traditionnelle visant à retrouver dans les émotions, soit un comportement organisé de manière stable et autonome, soit une activité désorganisatrice et autonome. Les émotions doivent être considérées comme une composante dynamique de toute la personnalité ; elles en représentent l'expression, elles en montrent la structuration ; elles indiquent le degré de développement et d'organisation du comportement individuel. Une semblable conception se révèle utile dans l'étude de la personnalité normale ou pathologique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur la pathogénie du syndrome de Gélineau, par Lorenzo A. CALVI et Rosario MAGRI (de Milan). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 81, fasc. 4, 31 décembre 1957, p. 963-1000).

Une étude clinique, radiologique, électro-encéphalographique et psychopathologique de deux cas de syndrome de Gélineau. La cause de la forme morbide est reconnue dans une lésion des structures réticulaires mésodiencephaliques. Les crises de narcolepsie et de cataplexie ont une motivation dans l'inadaptation émotionnelle du sujet. Les premières correspondent à une disposition psychique subcontinue de détachement de l'ambiance. Quant aux secondes, elles constituent une inhibition des activités psycho-motrices dans des circonstances qui réveillent le sentiment de culpabilité du malade, lié à son agressivité. Une importante révision des données relatives au syndrome de Gélineau est faite à propos des observations présentées, s'appuyant sur une analyse de la littérature. Nombreuses références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques de la narcolepsie-cataplexie, par Giovanni MANNIRONI et Ludovico INGHIRAMI (de Pise). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 381-419).

Les auteurs envisagent les aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques de la narcolepsie-cataplexie. Après une revue des diverses hypothèses pathogéniques, ils ont surtout étudié le tableau biologique et le problème thérapeutique. Ils rapportent cinq cas personnels soigneusement explorés aux points de vue radiologique et biologique. La recherche radiologique simple et avec des moyens de contraste est très utile, montrant des signes en faveur d'une cérébropathie antérieure touchant surtout la région mésodiencephalique ou révélant l'association du syndrome avec une arachnoïdite opto-chiasmatique. Pendant les crises et dans les phases intercalaires, on peut noter une dysharmonie endocrino-métabolique avec nettes variations de l'équilibre électrolytique. Les meilleurs résultats thérapeutiques ont été obtenus par l'irradiation à doses stimulantes du diencephale et par l'association d'extraits

lipéïdiques diencéphaliques avec des analeptiques psychiques. Les auteurs pensent que l'on peut admettre à la base du syndrome une dysfonction du système diencéphalo-surrénalien. Tableaux. Deux figures. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les mouvements spéculaires. Profil clinique et problèmes pathogéniques, par L. CANESTRINI et R. PRIORI (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 11^e année, vol. 21, fasc. 1, août 1957, p. 169-206).

Les auteurs étudient la question des mouvements spéculaires, en s'appuyant sur la littérature et sur leurs propres observations. Ils prennent ensuite en considération la définition et les limites de ces mouvements, leurs différents aspects cliniques liés au sexe, à l'âge, à l'hérédité, aux formes d'après l'aspect, aux formes topographiques, aux rapports avec l'écriture en miroir, aux troubles psychiques. Ils évoquent aussi les relations entre les mouvements spéculaires et l'articulation occipito-atloïdienne et montrent la complexité des problèmes pathogéniques, physiologiques et psychologiques. Deux cas cliniques sont décrits. Dans l'un d'eux, le phénomène des mouvements spéculaires a été transitoire et lié à des troubles de la conscience. Les auteurs pensent que ces mouvements sont un des éléments du plus vaste problème des malformations du système nerveux central. Quatre figures. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Données sur le facteur humain dans la genèse des accidents de la route, par Giorgio CHIOZZA (de Gênes). (*Medicina Legale e delle Assicurazioni*, vol. 5, 1957, fasc. 1-2, p. 9-15).

Se basant sur des constatations faites sur plusieurs groupes d'automobilistes d'âge différent, l'auteur constate que, toutes choses étant égales pour les conditions physiques, neurologiques et sensorielles, les réflexes et l'attention tendent à être moins bons en vieillissant. Parallèlement, le nombre des accidents de la route augmente. Ce nombre apparaît également plus élevé parmi les sujets qui, même quand ils sont compris entre des limites d'âge égales, atteignent un résultat fonctionnel inférieur. Il est indispensable d'insister sur l'importance du facteur humain dans la genèse des accidents de la route. Il faut souhaiter que la réalisation d'examen médicaux soit développée et étendue en vue d'une prévention efficace.

V.-J. DURAND.

Le test de l'arbre, modifié, dans ses applications à des sujets à l'âge évolutif, par Adriano POGGIALI et Maria-Carta GRAGNANI (de Pise). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 347-356).

Le test de l'arbre, modifié, a été appliqué à deux cents sujets d'âge compris entre 6 et 12 ans. Bien que l'évaluation de cette épreuve se montre assez complexe, il est possible de noter qu'elle se prête surtout à l'étude de l'évolution de l'intelligence, surtout pour les enfants de moins de 10 ans. Au contraire, elle semble fournir des éléments utiles aux recherches sur la

personnalité des enfants de 12 ans. Deux planches en hors-texte de dessins en couleurs. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le problème de l'hérédité dans le mongolisme, par Guglielmo PESCEITTO (de Pise). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 357-379).

L'auteur rappelle les principales théories étiopathogéniques avec considérations particulières des interprétations relatives à la génétique. On sait combien sont variées les hypothèses formulées pour le déterminisme de l'idiotie mongolienne. Ensuite, sont analysées les données obtenues par l'étude de 140 cas de mongolisme avec recherches hérédologiques. Il semble possible à l'auteur d'admettre une interprétation liée aux concepts modernes de mutation et de sommation, sur le mécanisme d'apparition de la maladie. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Étude de la désorientation spatiale dans l'affaiblissement mental artérioscléreux et dans l'affaiblissement sénile, par M. ANDERSON (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 11^e année, vol. 21, fasc. 1, août 1957, p. 67-98).

Après un rappel du diagnostic différentiel entre démence sénile et affaiblissement mental artérioscléreux, l'auteur décrit la désorientation spatiale observée dans ces affections. Une analyse soigneuse est faite de 35 cas de malades, ayant conservé leur capacité de coopérer avec le médecin et sans déficits sensoriels graves. Il y eut une étude somatique, neurologique et psychiatrique avec emploi de tests mentaux (en particulier, celui de Moyra Williams pour la recherche de la désorientation spatiale). Il apparaît que la désorientation spatiale est un élément utile pour le diagnostic entre démence sénile et démence artérioscléreuse. Dans les formes légères, elle se voit surtout dans la démence sénile. Quand la désorientation est grave et associée à des troubles artérioscléreux, elle est généralement secondaire à des lésions corticales en foyer. L'auteur expose les différentes théories relatives à la genèse de l'orientation spatiale et à ses troubles. Il se déclare partisan des conceptions de Birkmayer et Ahrens. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Journal d'un paranoïaque. Considérations psychopathologiques et psychodynamiques, par Isidoro TOLENTINO (de Rome). (*Rassegna di studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 681-730).

L'auteur rapporte intégralement le journal d'un paranoïaque et l'histoire autobiographique de la maladie. La lucidité, la clarté et les nombreuses observations introspectives faites par le malade lui-même rendent très intéressante l'étude psychopathologique de ce document. Le cas entre dans la définition de Kræpelin de la paranoïa et peut être expliqué par des mécanismes psychodynamiques. Le symptôme fondamental, le délire, est le résultat d'une projection d'un sentiment de culpabilité inconsciente. Il se structure

sur une « fausse certitude » selon les conceptions de Federn. Dans la personnalité du malade agit chroniquement un conflit, qui se manifeste par une agressivité instinctive et une hypertrophie du moi. Dans son comportement, se retrouve une finalité autopunitive inconsciemment déterminée qui conduisit le malade à deux tentatives de suicide et à l'internement en hôpital psychiatrique. Quelques commentaires sont faits sur l'interprétation, soit classique, soit surtout psychanalytique de cette observation. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur l'association encéphalite et hystérie, par A. NUGEL et G. GIOVANNELLI (de Sienne). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 669-680).

Deux cas cliniques sont décrits avec association d'encéphalite et d'hystérie. L'examen clinique et l'électro-encéphalogramme sont en faveur de la théorie organiciste sous-corticale de l'hystérie et de la coexistence des deux affections, non par hasard, mais pour des raisons anatomiques et biologiques. Les processus toxi-infectieux encéphaliques peuvent faire apparaître aussi bien l'encéphalite chronique que l'hystérie. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Exploration de la personnalité chez cinquante schizophrènes traités par la cure de sommeil, par Furio MARTINI et Francesca BIAGIOTTI (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 471-489).

Après avoir montré l'intérêt de toutes les recherches qui permettent d'apprécier la valeur réelle de la cure de sommeil, les auteurs soulignent l'importance d'une exploration de la personnalité des malades ainsi traités. Le but est de mieux analyser les manifestations produites sur le psychisme au-delà de ce qui est révélé par l'observation du comportement et par les études psychopathologiques communes. Les auteurs ont utilisé, dans cette intention, les tests de Rorschach et de Murray. L'exploration a été poursuivie chez cinquante schizophrènes (quatorze hébéphrènes, deux catatoniques, vingt et un paranoïdes, treize dissociés simples). L'observation clinique et les recherches psychopathologiques ont été concordantes pour montrer que les variations produites sur le psychisme par la cure de sommeil se font sentir surtout dans le domaine du comportement et se traduisent essentiellement par une meilleure capacité de contact affectif. Donc, les modifications provoquées par la thérapeutique possèdent, sur le plan pratique, une signification de valeur indiscutable, l'amélioration de la capacité de contact affectif favorisant la récupération sociale du malade, indépendamment d'un vrai processus de guérison clinique. Tables. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Représentation de l'indistinct et attitude contemplative chez le schizophrène, par Guglielmo PESCIOTTO (de Pise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 46, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 731-748).

Après avoir considéré les principales recherches sur la reproduction de l'indistinct chez les sujets normaux et chez des malades neuropsychiques,

L'auteur examine 108 schizophrènes et un nombre identique de sujets adultes normaux. L'étude porte sur la représentation verbale et graphique de trois grands indistincts naturels : le ciel, le brouillard, l'obscurité. Les résultats obtenus ont démontré chez les schizophrènes une tendance à la répétition du même dessin et de la même modalité technique de reproduction pour tous les thèmes pris en examen. Chez le sujet normal, les indistincts n'entrent pas dans la sphère de l'action, mais dans celle de l'activité de contemplation. La contemplation de l'indistinct est, dans ce cas, très différente de l'observation d'un objet. Chez le schizophrène, il y aurait une attitude contemplative particulière, mise en évidence par le pourcentage très élevé de représentation graphique du seul indistinct. Neuf figures.

V.-J. DURAND.

Les encéphalopathies atrophiantes unilatérales. Syndromes d'atrophie cérébrale unilatérale, par Roberto REGGIANI (de Bologne) ; 1 volume, 102 pages, supplément au fasc. 4 du vol. 81 de la *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Reggio Emilia, 1957.

Le but de l'auteur est, sans approfondir les problèmes d'ordre étiopathogénique et anatomo-pathologique, de chercher à apporter une contribution à la connaissance des encéphalopathies atrophiantes à topographie unilatérale. Pour cette étude, il convient d'utiliser les données cliniques enrichies par les plus modernes méthodes d'exploration radiologique et électro-encéphalographique.

Dans la première partie, une description est d'abord faite des modifications craniennes dues aux défauts de développement cérébral, puis est envisagée l'étiopathogénie des altérations osseuses et ventriculaires au cours des encéphalopathies atrophiantes unilatérales de l'enfance. L'auteur fait, alors, une soigneuse étude radiologique et pneumo-encéphalographique de l'atrophie cérébrale unilatérale dont il décrit enfin les signes électro-encéphalographiques. La radiographie et l'électro-encéphalographie constituent une véritable recherche anatomique sur le vivant. Quant à l'électro-encéphalographie, elle permet de préciser les conditions fonctionnelles de la substance nerveuse.

La seconde partie commence par un exposé des méthodes d'exploration des encéphalopathies atrophiantes unilatérales de l'enfance. Puis sont décrites de façon très détaillée dix-neuf observations personnelles de l'auteur. Celui-ci reprend ensuite systématiquement les signes cliniques et les résultats des examens complémentaires : troubles neurologiques, manifestations épileptiques, troubles psycho-pathologiques, données radiographiques, signes pneumo-encéphalographiques, résultats électro-encéphalographiques. Puis, sont montrés les divers aspects évolutifs et les possibilités thérapeutiques, y compris ce que permet d'obtenir l'hémisphérectomie.

En conclusion, sont repris les points essentiels de la présente étude et montrés les progrès réalisés dernièrement grâce au développement des techniques d'exploration et à l'extension des procédés de traitement neuro-chirurgical. Quarante figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Un cas de mélancolie d'involution avec dégénérescence du centre médian du thalamus, par G. Cozzo (de Rome). (*Il Lavoro neuro-psichiatrico*, 11^e année, vol. 21, fasc. 1, août 1957, p. 99-124).

L'auteur décrit le cas d'une malade qui avait souffert d'un syndrome de dépression avec anxiété, apparu à l'âge de 53 ans et ayant duré cinq ans, sans symptômes démentiels évidents. Le décès survint à 59 ans. L'examen de l'encéphale permit d'observer une dégénérescence bilatérale très marquée du centre médian du thalamus et des altérations dégénératives diffuses, plus légères des autres noyaux thalamiques, du noyau caudé, du noyau lenticulaire, enfin, du reste de l'encéphale. Après avoir discuté l'étiologie possible du tableau histologique, l'auteur conclut que la dégénérescence du centre médian du thalamus doit être considérée comme primitive. Il analyse la littérature relative aux dégénérescences primitives du thalamus et envisage son observation à l'égard de l'ensemble clinico-anatomo-histologique, discutant les différentes possibilités de classification nosographique. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution clinique à l'étude des rapports entre psychopathies et endocrinopathies : état morbide de type cushingoïde et syndrome schizophrénique, par Giuseppe PELLEGRINI et Giulio SENINI (de Brescia). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 657-668).

Les auteurs présentent l'observation d'un homme de 39 ans, chez lequel, à côté de troubles dysendocrino-dysmétaboliques en rapport avec un complexe morbide de type cushingoïde, existaient des troubles psychiques d'allure schizophrénique. Il y avait apathie, aboulie, autisme, noyaux délirants dissociés, athymie, incohérence affective, asyntonie. Il semble possible d'admettre ici une pathogénie unique pour le syndrome endocrinien et pour les symptômes mentaux. Une revue générale de la question des rapports entre les deux types d'affections est faite. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le refus de travail chez les psychopathes et les psychopathes qui refusent le travail, par Alberto MASCIOCCHI (de Pavie). (*Archivio di psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 18^e année, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 429-458).

Cet article correspond à la première partie du mémoire dans lequel l'auteur étudie le phénomène du refus de travail chez les malades mentaux. Il faut souligner que les sentiments, les tendances et les émotions concernant la propre personne influent sur le comportement du travail en sens positif ou négatif. En particulier, chez les psychopathes opposants, sont très peu développés quelques éléments psychologiques (humilité, modestie, confiance en soi avec faible ambition) nécessaires pour entreprendre le travail. Au contraire, il y a développement excessif des traits de caractère (susceptibilité, présomption, intolérance) qui l'empêchent. De toute façon, le

refus pathologique du travail constitue un point de référence utile en sémiologie psychiatrique.

V.-J. DURAND.

L'activité bioélectrique cérébrale dans le mongolisme, par Gianfranco CANOVA (de Pavie). (*Infanzia Anormale*, fasc. 24, novembre-décembre 1957, p. 528-541).

Chez trente mongoliens, l'auteur a étudié l'électro-encéphalogramme. Il apparaît que l'activité bioélectrique cérébrale ne présente pas un aspect pathognomonique au cours de la maladie. Dans plus de la moitié des cas, il y eut un tracé normal. Assez fréquemment, il est possible d'observer des ondes anormalement lentes pour l'âge, mais le fait que cette bradyrythmie n'est pas constante et évolue vers une rapidité normale, enlève toute spécificité à ce ralentissement. Tout cela semble en accord avec les données anatomo-pathologiques et l'observation clinique d'une survenue relativement fréquente de convulsions chez des mongoliens. Cela permettrait d'exclure une hypo-excitabilité des structures nerveuses. Huit figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur un épileptique légendaire, Jules César, par Julio C. ORTIZ de ZÁRATE. (*Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, vol. 3, n° 4, octobre-décembre 1957, p. 386-390).

Rappelant les descriptions d'Appien, de Suétone et de Plutarque, l'auteur montre que César présenta sa première crise d'épilepsie lors du siège de Cordoue, à l'âge de 52 ans. Une autre survint trois ans plus tard, avant la bataille de Thapsus. Il y eut, en plus, des absences plus fréquentes. On peut poser le diagnostic d'épilepsie symptomatique, pour laquelle une étiologie tumorale apparaît vraisemblable. Sans doute s'agissait-il d'une néoformation bénigne. Mais, l'assassinat de Jules César, à l'âge de 56 ans, ne permit pas l'évolution de l'affection causale. Une figure.

V.-J. DURAND.

L'existence délirante, par Jorge J. SAURI. (*Acta neuropsiquiátrica argentina*, vol. 3, n° 3, juillet-septembre 1957, p. 223-233).

L'analyse existentielle permet de dépasser, par sa manière de poser les problèmes psychologiques, la séparation classique de l'objet et du sujet. Le phénomène du délire est alors considéré comme la conséquence de la rencontre entre le sujet et « l'autre ». Le corps est la préoccupation phénoménique dominante et le lieu de la rencontre existentielle. L'auteur expose les mécanismes qui permettent d'expliquer l'apparition des préoccupations intimes et de la culpabilité. La corporéité est doublement présente chez le délirant : comme possibilité préférentielle de « l'être-avec-l'autre » et comme concrétisation de la peur de cette rencontre. La structure dualiste de la pensée délirante ne se limite pas au corps, mais se répète dans la perception de la réalité vécue. Celle-ci, dans son secteur frustrant, est réduite à l'espace newtonien. Grâce à la fuite dans le monde magique, le temps est vécu comme

un exorcisme de la mort. Le délirant s'insère dans l'ordre de la connaissance et non dans celui de l'existence. On peut dire que le délire est une réaction humaine générale et non une entité nosologique déterminée. La dénégalation existentielle de la culpabilité habituelle peut se voir dans une personnalité paranoïde. Mais, on peut observer une gradation de la fuite qui, partant de la phobie (attitude névrotique basale), peut aboutir à la psycho-névrose obsessionnelle et postérieurement au délire. Dans ce sens, on peut considérer ce dernier comme la fuite maximale en face de la réalité vitale. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Troubles endocriniens et métaboliques dans la schizophrénie, par Guillermo VIDAL. (*Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, vol. 3, n° 3, juillet-septembre 1957, p. 281-286).

Nombreuses ont été les discussions à propos des relations entre la schizophrénie et les troubles endocriniens et métaboliques. L'auteur évoque celles qui touchent les gonades, la thyroïde, les surrénales, le métabolisme intermédiaire. Il rappelle combien sont diverses les opinions émises. Puis, il expose le sujet d'actualité des psychoses expérimentales avec le rôle de la sérotonine, de la diéthylamide de l'acide lysergique, enfin de l'adrénochrome. Une position de prudence est indispensable. De nombreux mécanismes peuvent intervenir dans l'apparition des modifications biologiques observées parfois dans la schizophrénie. Il n'y a pas d'explication univoque. De nouvelles recherches sont nécessaires avant qu'il soit loisible de conclure.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Sur la nature des réflexes musculaires cliniques, par Luis BARRAQUER BORDAS (de Barcelone). (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 2, juin 1957, p. 134-141).

L'auteur expose les diverses interprétations cliniques des réflexes musculaires, en particulier, celles de Gowers, de Piéron, de Castex, de Wartenberg, d'André-Thomas. Barraquer-Bordas lui-même a déjà précisé les relations de ces réflexes avec le réflexe de traction ou réflexe myotatique. Il a proposé le terme de « zone de provocation » à la place de celui de « zone réflexogène ». Il est nécessaire, en conséquence, de parler d'augmentation, d'extension, d'élargissement de la zone de provocation.

V.-J. DURAND.

Aspects neuro-endocriniens dans le syndrome dysmorphique du sinus frontal, par Pasquale BONCOMPAGNI et Giovanni FALEG (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 547-554).

L'étude morphologique et clinique faite chez de nombreux sujets démontre la coïncidence fréquente de manifestations d'ordre endocrinien et de dysmorphisme du sinus frontal. Le syndrome comprend : agénésie ou hypo-

pneumatisation du sinus frontal, céphalée, petits signes rhinologiques, troubles endocriniens (surrénales, thyroïde, gonades). Peut-être doit-on admettre que les manifestations dysendocriniennes observées s'identifient à celle d'une atteinte inflammatoire atténuée de la base du crâne, trouvant dans un terrain malformé et à réactivité normale une condition idéale d'implantation. Six figures en hors-texte.

V.-J. DURAND.

Contribution au problème pathogénique et nosographique des encéphalites hémorragiques, par Giorgio MACCHI, Giorgio VIDONI et Giancarlo GUAZZI (de Parme). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 555-580).

Une description détaillée est faite de deux cas caractérisés par la présence de lésions hémorragiques diffuses du cortex cérébral et des noyaux de la base. Puis, les auteurs discutent quelques aspects du problème pathogénique et nosographique des encéphalites hémorragiques. Après avoir isolé de la littérature trois types fondamentaux de réaction hémorragique diffuse des hémisphères cérébraux, ils concluent que, du point de vue de la pathogénie des lésions, certaines formes hémorragiques, caractérisées exclusivement par des hémorragies périvasculaires en anneau (nécrose périvasculaire d'Alpers), méritent d'être distinguées des formes leuco-encéphalitiques et hémodynamiques. Une semblable distinction pathogénique ne peut toujours être faite entre ces deux derniers groupes. En effet, sur le plan histologique, il n'est pas toujours facile de faire la différenciation entre composante hémodynamique et composante phlogistique primaire. Dans certains cas, on ne peut exclure qu'il s'agisse d'un même processus fondamental qui s'exprime dans l'une ou l'autre direction, ou dans les deux (formes mixtes). Dans les cas décrits ici, les lésions hémorragiques, localisées exclusivement au niveau de la substance grise hémisphérique, présentent précisément des caractéristiques hémodynamiques pour le cortex cérébral et inflammatoires pour les ganglions de la base. Treize figures en hors-texte. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à la connaissance du syndrome microphtalmie-atrésie choanale dans ses aspects neuro-endocriniens, par Giovanni FALEG et Pasquale BONCOMPAGNI (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 515-522).

Les auteurs rapportent un cas de syndrome malformatif associant la microphtalmie à l'atrésie choanale. Discutant les aspects morphogénétiques et morpho-endocriniens de ce syndrome, ils pensent qu'il exprime une méiopragie des structures de la base du crâne, correspondant à l'intervention d'une stimulation agissant sur les noyaux hypothalamiques. Ils soulignent l'importance du degré de réactivité périphérique anormale, associée à des signes de dysmorphie anatomo-fonctionnelle des tissus. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les lipéidoses et leur localisation dans le système nerveux central, par Juan RODENSTEIN. (*Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, vol. 3, n° 3, juillet-septembre 1957, p. 257-270).

L'auteur étudie les relations des maladies cérébro-rétiniennes (Tay-Sachs et formes voisines), incluses par certains parmi les hérédodégénérationes avec les maladies par dysmétabolisme lipidique (maladies de Niemann-Pick, de Gaucher, de Hand-Schüller-Christian, etc.). Les faits cliniques, histopathologiques et chimiques sont en faveur de la conception uniciste avec existence d'un seul groupe : celui des lipéidoses. Une analyse des lipéides est faite au point de vue physico-chimique, ainsi que de leurs propriétés dans l'organisme. Diverses opinions ont été exprimées sur la corrélation clinico-chimique des lipéides. Dans l'ensemble, il est possible d'établir un rapport des différentes maladies étudiées avec la structure chimique des lipéides en cause. Une description est faite de la sémiologie, de l'histopathologie de chacune des affections : affections cérébro-rétiniennes ; xanthomatoses (maladies de Hand-Schüller-Christian, de Letterer-Siwe, granulome éosinophile), maladie de Niemann-Pick, maladie de Gaucher. Pour ces diverses lipéidoses, il y a accumulation des corps lipéidiques dans les tissus, ce qui produit la symptomatologie, variable avec la localisation organique. Cette localisation se fait d'ailleurs surtout dans le système nerveux central et dans les formations du système réticulo-endothélial. Il semble que le processus dysmétabolique soit provoqué par un trouble enzymatique intracellulaire, peut-être déterminé par des facteurs hormonaux ou neuro-hormonaux, héréditaires. Enfin, en conclusion, l'auteur indique que la dénomination correcte de ce groupe morbide doit être celle de lipéidoses et non de lipidoses, car les corps accumulés dans les cellules de l'organisme sont des substances complexes, les lipéides, dont certains des composants seulement sont des acides gras ou lipides. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Electrophorèse du sérum et du liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite antérieure aiguë, par Nestor F. PAGNIEZ, Eduardo F. SOTO et Walter SANTANGELO (de Buenos-Aires). (*Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, vol. 3, n° 4, octobre-décembre 1957, p. 359-365).

La recherche de l'électrophorèse a été faite, pour les protéines, les glucoprotéines et les lipoprotéines, dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien de 21 malades, atteints de poliomyélite antérieure aiguë. On peut observer la présence constante, dans les lipoprotéines du liquide céphalo-rachidien, d'une fraction bêta, qui manque normalement chez le sujet sain. Cette fraction n'avait, d'ailleurs, jamais été trouvée jusqu'à maintenant, dans le liquide céphalo-rachidien, au cours d'autres maladies du système nerveux central. On peut accorder une grande importance à ce fait pour le diagnostic différentiel. D'autre part, cette donnée biologique est susceptible de conduire à de nouvelles recherches relatives à la pathogénie de la poliomyélite antérieure aiguë. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Modifications histologiques et histochimiques du système nerveux central du cobaye à la suite de l'intoxication aiguë, subaiguë et chronique par la chlorpromazine, par Cristoforo MOROCUTTI (de Rome). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 523-535).

L'auteur a étudié les altérations histologiques et histochimiques des cerveaux de cobaye après intoxication aiguë, subaiguë et chronique par la chlorpromazine. Dans l'ensemble, les lésions étaient marquées et concernaient surtout les cellules nerveuses et les vaisseaux méningés et cérébraux. L'action narcobiotique de Decourt serait surtout nette au niveau des tissus nerveux et des endothéliums, qui éprouvent le plus de conséquences des perturbations métaboliques. La chlorpromazine diminue les phosphatases alcalines. Plus tard, à doses plus élevées, elle produirait des altérations morphologiques de la structure des neurones. Seize figures en hors-texte. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Étude du comportement de l'acide ribonucléique dans quelques organes et du glycogène dans le foie après électrochoc et après traitement combiné avec chlorpromazine et électrochoc. Considérations sur les mécanismes neuro-humoraux du stress, par Tito CAMPANINI et Carlo DE RISIO (de Parme). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 421-442).

Décrivant le comportement du glycogène hépatique et de l'acide ribonucléique cytoplasmique dans quelques organes, chez des cobayes, soumis à des électrochocs, ou à un traitement associant la chlorpromazine et les chocs, les auteurs comparent les résultats obtenus dans ces deux séries avec ceux notés chez des animaux-témoins. La confrontation des trois groupes de cobayes met en évidence comment le traitement avec la chlorpromazine limite la diminution de l'acide ribonucléique cytoplasmique, produite par le choc électrique dans tous les organes examinés. Des problèmes relatifs aux réactions organiques après stress sont évoquées. La chlorpromazine entraîne une limitation des réponses humérales au stress. Treize figures. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les fibres pyramidales antérieures. Étude expérimentale chez le chat, par Ernesto MANGHI (de Parme). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 443-453).

Les recherches des auteurs ont montré, chez le chat, dans les deux cordons antérieurs : 1) les fibres pyramidales antérieures directes, dont un groupe de fibres se trouve le long du sillon médian antérieur et un autre est compris entre la commissure antérieure et la base de la corne antérieure ; 2) les fibres pyramidales antérieures croisées, qui se disposent à côté de la commissure blanche antérieure, limitées latéralement par la base de la corne

antérieure. Les fibres pyramidales antérieures chez le chat peuvent être suivies le long de la moelle cervicale et dorsale ; on ne les retrouve pas dans les segments lombaires. Rappelant les discussions relatives au faisceau pyramidal antérieur, l'auteur insiste sur l'importance que peut prendre la présence de ces fibres au point de vue moteur et les explications possibles de la disposition des fibres pyramidales dans les cordons antérieurs de la moelle. Sept figures en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Rapports entre activité électro-corticale et comportement chez l'animal, par Torquato GUALTIEROTTI (de Milan). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 18^e année, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 419-427).

On sait qu'il existe, dans certains cas, une correspondance entre comportement et électro-encéphalogramme. Cependant, la recherche d'une telle correspondance est difficile pour deux raisons : 1) des potentiels corticaux apparemment semblables ont une signification physiologique différente ; 2) le comportement est une donnée biologique de définition incertaine. Par la stimulation des corps genouillés latéraux chez le chat, on détermine l'apparition, sur une grande partie du cortex cérébral, d'une série d'ondes lentes semblables aux ondes alpha. L'apparition de ce rythme ne modifie pas, à première vue, le comportement de l'animal, à l'état de repos ou pendant une action volontaire. Mais l'amplitude de l'activité de type alpha est réduite électivement dans les zones actives du cortex moteur. Il y a réduction dans la décharge réflexe spinale qui sort des centres correspondant aux aires du cortex cérébral dans lesquelles se produit l'activité alpha. On peut discuter ces résultats en supposant une activité d'intégration dans le temps et dans l'espace de la part des potentiels cycliques lents suivant la stimulation du corps genouillé latéral. Le but des expériences utilisant un réflexe conditionné est d'étudier les modifications de la discrimination visuelle chez le chat en l'absence ou en présence d'activité électrique cyclique corticale, déclenchée par la stimulation du corps genouillé latéral. Huit figures.

V.-J. DURAND.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

L'ennui comme frustration chez les adolescents, par Ugo RONDELLI (de Turin). (*Infanzia Anormale*, fasc. 24, novembre-décembre 1957, p. 560-565).

L'auteur fait la distinction entre deux sortes d'ennui : 1) l'ennui physiologique, qui découle de la succession de stimulations conditionnantes égales ; sa résistance à l'inhibition (sommeil) constitue un facteur de frustration ; 2) l'ennui venant de la succession d'événements égaux, auxquels le sujet ne peut se soustraire. Il y a jugements de monotonie et de nécessité. Cette dernière provoque la frustration, comme négation de la liberté, comme contrainte. Pour l'adolescent, la vie apparaît comme une prison.

V.-J. DURAND.

Sur la corrélation du mongolisme. Corrélations phénoménologiques, par G. BOLLEA, A. BENCINI, P. LUSSANA et A. NOVELLETTA (de Rome). (*Infanzia Anormale*, fasc. 24, novembre-décembre 1957, p. 509-527).

Etudiant, aux points de vue anamnestique et clinique, cent mongoliens des deux sexes, entre 6 et 22 ans, fréquentant pour la plupart des externats, les auteurs examinent les rapports existant entre trois facteurs ou entités : degré des malformations somatiques, niveau mental, âge de la mère. Des données statistiques, comparées avec celles de la littérature, il apparaît que, du groupe des mères jeunes naissent les enfants mongoliens les plus graves et les plus malformés. Au contraire, le niveau mental se montre indépendant de l'âge de la mère et, d'autre part, présente un rapport faible avec les signes somatiques. Les auteurs définissent les limites du mongolisme, se montrant peu partisans de la notion de formes frustes ou oligo-symptomatiques. Ils précisent la valeur de trois signes caractéristiques pour le diagnostic : faciès mongolien, oligophrénie (idiotie ou imbécillité), caractère particulièrement docile et provoquant la sympathie. Il n'y a pas intérêt à placer ces enfants dans des internats trop peuplés, où ils souffrent de leur manque d'adaptabilité. Bibliographie. Tableaux.

V.-J. DURAND.

L'activité électrique cérébrale chez l'enfant. Acquisitions et perspectives, par P. LAGET. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 54^e année, n° 3, juillet-septembre 1957, p. 279-294).

L'évolution progressive de l'activité électrique cérébrale de l'enfant ne présente pas des caractéristiques faciles à définir de façon précise. L'auteur décrit les différents types des tracés électro-encéphalographiques depuis la naissance. En général, on peut dire que, depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, la fréquence des éléments rythmiques discernables de l'électro-encéphalogramme va en croissant ou que la place tenue dans les tracés par les éléments les plus rapides augmente progressivement avec l'âge. Des études récentes de Mme Samson-Dollfuss ont précisé les caractéristiques des tracés chez les prématurés. Des recherches ont été faites chez l'animal pour mieux connaître les modifications de l'électro-encéphalogramme suivant l'âge. On sait qu'il n'a pas été possible d'établir un rapport direct entre quotient intellectuel et aspect des tracés. Mais il existe chez beaucoup d'arriérés des anomalies électro-encéphalographiques. Il en est de même dans de nombreux cas de troubles caractériels. L'exploration des aspects neurophysiologiques et électro-encéphalographiques de l'éveil de la conscience et de la vigilance, chez l'enfant, est susceptible de donner de très intéressants résultats. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les images chez les enfants et chez les primitifs, par Ph. MALRIEU. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 54^e année, n° 3, juillet-septembre 1957, p. 295-308).

De nombreuses objections ont été faites à l'hypothèse du parallélisme entre phylogénèse et ontogénèse, en ce qui concerne l'histoire de l'esprit. Les ressemblances entre enfant et primitif ont été diversement appréciées. S'il

existe une pensée spontanée, identique aux origines de l'humanité et chez l'enfant, il semble bien que l'on pourrait la découvrir dans la pensée imaginative. Il est permis de noter beaucoup de ressemblances et de correspondances entre la phylogénèse et l'ontogénèse des images. C'est, d'abord, leur liaison avec les affects. « L'imaginaire semble engendré par la puissance du désir. » Chez le primitif comme chez l'enfant, existe un pouvoir de la pensée de trouver des substituts du réel. On a pu grouper le jeu, le rêve, le mythe, la construction névrotique sous la catégorie de la pensée autistique. Il y a cependant de grandes différences entre enfant et primitif en ce qui concerne les motivations. L'enfant admire autrui et l'imité. Chez le primitif, il s'agit d'entrer en communion avec des réalités naturelles et surnaturelles. C'est un véritable cosmomorphisme. Il n'est pas possible d'assimiler mythe et jeu, ni de croire à une forme spontanée de la pensée. Il y a toujours intervention de structures sociales. L'imagination du primitif est une construction fortement socialisée et institutionnalisée, bien différente des créations intuitives. L'imagination infantile obéit à des institutions psycho-sociales. Les conduites de l'enfant ne sont pas une production autonome, mais elles sont sous-tendues par celles que l'humanité a pu conquérir au cours de son évolution. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Psychothérapie de groupe chez les mères d'enfants atteints de troubles de la conduite, par ISIDORO TOLENTINO (de Rome). (*Infanzia anormale*, fasc. 24, novembre-décembre 1957, p. 542-559).

Les troubles de la conduite et du caractère chez l'enfant peuvent dériver d'influences émotionnelles perturbatrices tenant aux parents. La psychothérapie de groupe des mères est considérée comme un moyen utile qui précède et accompagne toute thérapie individuelle de l'enfant. L'auteur adopte une psychothérapie analytique, dérivée de celle de Slavson, et dont il décrit la technique. Il rapporte en détails les protocoles d'une série de séances psychothérapiques de mères d'enfants névrotiques, pendant cinq mois. La dynamique psychique du groupe consiste dans une mobilisation des mécanismes de défense et de charges énergétiques du moi, de phénomènes tels que le transfert, la catharsis, le contrôle de la réalité, la sublimation, l'identification. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Graphisme et modèle dans les dessins de l'enfant, par HENRI WALLON et LILIANE LURÇAT. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 54^e année, n° 3, juillet-septembre 1957, p. 257-278).

Les dessins de l'enfant peuvent être envisagés par rapport à autre chose qu'eux-mêmes (niveau mental, expressions de sentiments, de tendances, par exemple) ou en eux-mêmes, dans leur évolution. Gribouillage pur, gribouillage interprété, modèle interne ou intellectuel, modèle visuel seraient les étapes du dessin chez l'enfant. Les auteurs étudient successivement le graphisme élémentaire et le griffonnage (l'œil et la main sont unis dans l'effet à obtenir), le contrôle visuel et la forme (tendance au géométrisme), la forme et le trait (passage progressif du contour linéaire au contour hachuré), la

forme et l'objet (disparité du représenté et du représentant), la schématisation, la stylisation et l'idéogramme (ce dernier est particulier à l'arriéré), la stylisation, la stéréotypie et la persévération, la détérioration spontanée du dessin, les détériorations expérimentales en utilisant comme dessins à copier ceux de la feuille de Prudhommeau, le graphisme et la forme chez les déficients intellectuels. Il y a, chez l'arriéré, une dissociation entre les termes des synthèses fonctionnelles indispensables pour le dossier. Ces synthèses opèrent normalement à tous les niveaux (moteur, perceptif, intellectuel). Il semble exister une convergence entre les acquisitions de l'enfant au cours de son activité de dessinateur et les détériorations de ses acquisitions, quand le dessin devient purement formel. Dix-sept figures.

V.-J. DURAND.

PSYCHOLOGIE

Un nouvel instrument de recherche pour la connaissance de la criminalité latente, par Secondino CIBELLI (de Turin). (*Infanzia anormale*, fasc. 24, novembre-décembre 1957, p. 566-579).

L'auteur, s'appuyant sur son expérience, reconnaît dans tous les tests mentaux le défaut commun de ne pas réussir, à cause de leur nature artificielle, à reproduire une situation qui puisse provoquer des états d'âme très proches de la réalité. Il est difficile d'obtenir des réactions suffisamment nettes pour aboutir à des conclusions toujours valables. Une nouvelle méthode est proposée, utilisant des scènes radiophoniques inachevées, mais susceptibles de se terminer par un acte antisocial. Le sujet examiné est invité à indiquer quelle suite il pense pouvoir donner à l'épisode entendu. Il peut ainsi révéler certaines tendances de criminalité latente. L'auteur propose l'emploi de ce procédé pour compléter l'exploration classique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Caractéristiques générales des activités psychiques, par Emilio MIRA Y LÓPEZ. (*Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, vol. 3, n° 3, juillet-septembre 1957, p. 217-222).

Parmi les caractéristiques générales des activités psychiques, l'auteur cite : l'auto-régulation (avec homéostasie et indépendance), le rythme, la globalité (avec synergie fonctionnelle), l'intentionnalité (toute activité psychique tend vers quelque chose), la mutabilité autochtone, la créativité (capacité de créer des réactions originales et nouvelles), la subjectivité, la virtualité (il n'y a pas de limites pour la mobilité, ni pour la variabilité de la pensée). D'autre part, les activités psychiques présentent un double aspect : la conscience et la conduite. Il est indispensable d'adopter une vision intégrale de tous les aspects de la vie psychique. Pour être utile, la psychologie doit être intégrale, dynamique, existentielle et sociale.

V.-J. DURAND.

La dynamique du conflit psychologique, par Noel MAILLOUX (de Montréal) et Leonardo ANCONA (de Milano). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 18^e année, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 395-400).

Le conflit psychique se distingue nettement de la situation de choix, car il se développe entièrement dans le domaine de l'inconscient. Les motifs qui se trouvent à l'origine du conflit sont l'anxiété, la honte, le sentiment de culpabilité, de dégoût. Ils constituent pour le moi un signal de danger imminent, pour lequel le moi est plongé dans un état d'indétermination qui répond à l'angoisse. A ce niveau, les pulsions intellectuelles rejoignent les pulsions agressives. L'issue en est différente, soit pour l'intériorisation, soit pour l'extériorisation. C'est seulement en faisant appel à la méthode clinique qu'il apparaît possible d'aboutir à la verbalisation du conflit et d'en comprendre le fonctionnement dynamique. Cette manière de voir peut conduire à une compréhension plus concrète du choix rationnel et libre.

V.-J. DURAND.

Quelques aspects des réponses de couleur dans le Rorschach infantile, par Graziella ZECCA (de Gênes). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 18^e année, fasc. 5, septembre-octobre 1957, p. 401-418).

L'auteur envisage quelques aspects perceptifs et émotionnels des réponses de couleur données par l'enfant au test de Rorschach. Au point de vue perceptif, il est nécessaire de tenir compte du mode d'apparition des couleurs. Les arguments pris ici en considération concernent la fréquence des réponses chromatiques, la dénomination des couleurs, les réactions émotionnelles qui peuvent accompagner les réponses de couleur (choc chromatique), la persévération des réponses de couleur, les réponses chromatiques à des taches achromatiques. Dans l'ensemble, l'enfant réagit moins à la couleur que l'adulte. Il faut arriver à l'adolescence pour trouver des protocoles comparables à ceux d'un sujet complètement développé. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Perception des couleurs et statocinétique. Nouvelle contribution à l'étude de l'induction sensorimotrice, par L. HALPERN (de Jérusalem). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 80, fasc. 1-2, 1957, p. 162-172).

L'auteur a recherché l'influence de la perception des couleurs sur les troubles de l'équilibre chez une malade de 42 ans présentant un syndrome d'induction sensori-motrice. Il est apparu que le rouge provoquait une aggravation des symptômes existants, tandis qu'une amélioration survenait pendant la perception du bleu. Le vert avait un effet correcteur un peu moins marqué que le bleu ; le jaune, une action aggravante moins forte que celle du rouge. Ces expériences montrent que notre vague sentiment subjectif du rouge, comme excitant, et du bleu, comme calmant, est basé sur des faits biologiques réels. Chez cette malade, douée pour les arts, ayant des capacités eidétiques nettes et montrant aussi le phénomène de l'audition des couleurs, l'auteur a pu examiner l'effet produit par la seule imagination des différentes couleurs. Non seulement l'imagination des couleurs d'objets

concrets, mais également l'imagination synesthésique de ces couleurs, activée par l'audition de certains sons, produisait chez elle le même effet sur les troubles de l'équilibre que la perception sensorielle directe. Ce phénomène biologique est très intéressant pour la théorie de la perception.

V.-J. DURAND.

ENDOCRINOLOGIE

Recherches sur le mode d'action de quelques hormones corticostéroïdes sur le potassium cellulaire. Relations avec le métabolisme glucidique et l'équilibre acide-base, par Alain REINBERG et Joseph STOLKOWSKI. (*Annales d'endocrinologie*, t. 18, n° 5, septembre-octobre 1957).

Les auteurs étudient l'influence que les hormones cortico-surrénales exercent sur le K cellulaire, en relation avec le métabolisme glucidique. Les expériences ont été effectuées, essentiellement sur des cœurs isolés d'Hélix et, dans certains cas, sur des lambeaux d'intestin de lapin ou de cobaye. On intensifie le métabolisme glucidique (considéré dans son ensemble) des cellules, en ajoutant au milieu où elles baignent du glucose et de l'A.T.P. Dans ces conditions, les cellules perdent du K, et l'examen de ce processus en présence de cortisone, de désoxycorticostérone ou d'hydrocortisone leur a permis de mettre en évidence que :

1° il existe un lien entre l'action que ces trois hormones exercent sur le métabolisme glucidique et les échanges de K entre la cellule et son milieu. Chacune des trois hormones manifeste son influence par des modalités d'action caractéristiques ;

2° les déplacements du K cellulaire sous l'influence des corticostéroïdes peuvent être la conséquence du trouble de l'équilibre acide-base que l'on observe alors dans la cellule, ce trouble résultant notamment des effets (dont ils ne préjugent rien qu'ils exercent sur le métabolisme glucidique. Il semble qu'on puisse invoquer dans ces processus une « compétition » entre les ions H^+ et K^+ de la cellule. Ils ont constaté que l'élévation du pH extra-cellulaire pour des valeurs supérieures à 7,6-7,7 fait disparaître l'effet que les corticostéroïdes exercent sur le K cellulaire et atténue ou fait disparaître les modifications que ces mêmes hormones provoquent sur l'activité spontanée d'organes contractiles isolés (ventricules d'Hélix, jéjunum de cobaye).

Paul ABÉLY.

Influence de la réserpine sur l'excrétion des gonadotrophines chez la femme ménopausée ou castrée, par A. VERMEULEN et I. LEUSEN. (*Annales d'endocrinologie*, t. 18, n° 5, septembre-octobre 1957).

Il résulte de ce travail qu'un effet inhibiteur de la réserpine sur l'excrétion des gonadotrophines urinaires est hautement probable. Ces résultats devraient être confirmés par une étude comportant un nombre plus considérable de patients.

Ces premiers résultats confirment chez l'homme les observations faites chez l'animal par Truchmann-Duplessis qui, se basant sur des images his-

tologiques, postule un déséquilibre quantitatif dans l'élaboration des gonadotrophines avec hypersécrétion probable de l'hormone lutéotrope. Barraclough envisage même un blocage total de la libération des gonadotrophines consécutif à un défaut de stimulation neurogène de l'hypophyse. La méthode de dosage appliquée ne permet pas de différencier la folliculo-stimuline de la lutéostimuline ; on accepte cependant généralement qu'après la ménopause il s'agit essentiellement de folliculo-stimuline.

Ces observations permettent de comprendre la physiopathologie des aménorrhées constatées parfois lors du traitement à la réserpine. Les auteurs ont constaté deux fois de l'aménorrhée chez des malades qui ne recevaient cependant que trois fois par jour 0,25 mg. de serpasil ; chaque fois, après arrêt du traitement, le cycle redevint normal. Ces recherches amènent à penser qu'il s'agit là d'une déficience en folliculo-stimuline. Le bien-fondé de cette hypothèse demande à être contrôlé par la prise régulière de la température basale et l'étude systématique des frottis vaginaux.

Paul ABÉLY.

A propos de l'élimination du prégnandiol au cours d'interventions gynécologiques pratiquées en phase lutéale. par D. VANDEKERCKHOVE. (*Annales d'endocrinologie*, t. 18, n° 5, septembre-octobre 1957).

1° Certaines interventions sur l'appareil génital (hystérectomie-castration, hystérectomie avec conservation, ovariectomie) pratiquées en dehors d'une période de fonction lutéale ne s'accompagne pas d'une élimination post-opératoire de prégnandiol.

2° L'élimination du prégnandiol après hystérectomie-castration effectuée au moment où un corps jaune fonctionnel est présent peut s'étaler sur une durée de deux à quatre jours.

3° L'élimination du prégnandiol après hystérectomie-castration et hystérectomie avec conservation des ovaires effectuée en phase lutéale est tout à fait comparable.

4° Une intervention sur l'appareil génital, et en particulier sur l'utérus, semble provoquer une suppression immédiate de l'élaboration de la progestérone par le corps jaune.

L'hypothèse du stress opératoire inhibant la fonction hypophysaire gonadotrope, responsable du maintien du corps jaune, peut être envisagée.

Paul ABÉLY.

CRIMINOLOGIE

Aspects médico-psychologiques, sociaux et juridiques de l'homophilie. par L. MASSION-VERNIORY, médecin-chef de la clinique neurologique de la Ramée, et R. CHARLES, procureur du Roi, maître de conférences à l'Université de Louvain. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, 38^e année, n° 3, décembre 1957, p. 239-327).

L'homosexualité, — ou l'homophilie —, est depuis un certain temps entrée dans le domaine de l'actualité. Cette dépravation sexuelle, qui soulevait jadis la réprobation de tous les êtres sains, est devenue à notre époque de décadence morale une forme ordinaire de la vie affective. Elle était autrefois

le vice des esthètes et des artistes, mais elle a gagné tous les milieux sociaux et l'on en parle maintenant, sans surprise et sans blâme, comme d'un phénomène naturel qui, dépouillé de tout caractère immoral, n'apparaît plus que comme une variété dans l'extériorisation de l'amour.

Après avoir tracé un tableau des manifestations de l'homosexualité à travers les âges, les auteurs, devant l'inquiétante fréquence et les diverses modalités de ce comportement, se demandent s'il n'est pas d'origine pathologique et en étudient longuement l'étiologie. Faut-il voir avec Kraft-Ebing, dans cette perversion, un stigmate fonctionnel de dégénérescence, un phénomène partiel d'une tare neuro-psychologique ayant le plus souvent l'hérédité pour cause ? Doit-on, au contraire, la considérer comme une anomalie du développement, congénitale ou acquise, et estimer avec Freud qu'il faut faire intervenir chez tout individu la théorie de la bisexualité et de l'hermaphrodisme embryonnaire ? La théorie endocrinienne, dont Marañon est le principal représentant, a-t-elle raison de soutenir que l'homosexualité dériverait d'une cause organique négative, responsable de l'indifférenciation et d'une cause psychique positive responsable de la paradifférenciation ? Ces auteurs tirent de la confrontation de ces systèmes la conclusion que l'homophilie est surtout un problème d'ordre psychologique.

C'est ensuite l'examen critique des théories qui ont essayé d'expliquer l'homophilie : la théorie psychanalytique de Freud, qui découvre chez l'enfant une disposition polymorphe à s'adapter aux perversions, lesquelles sont des produits d'inhibition résultant des complexes d'Œdipe ou de castration ; la théorie anthropologique, qui avec von Gebattel soutient que les perversions sexuelles sont dues à la destruction de la signification érotique de l'amour, la théorie existentielle qui repose sur la réalité et la dualité de l'amour normal ou perversi.

L'homosexualité constitue un problème social important par ses répercussions multiples ; elle alimente la prostitution masculine et contribue à la contamination et à la perversion de la jeunesse. Une autre conséquence fatale, c'est qu'elle accroît la délinquance chez les adolescents.

Les aspects juridiques et criminologiques de l'homophilie retiennent longuement l'attention des auteurs qui, par de nombreuses et copieuses statistiques, montrent l'expansion que prend cette perversion. Il serait trop long de les analyser ici. Retenons simplement que c'est de 20 à 30 ans qu'il y a le plus d'homosexuels et que c'est parmi les travailleurs manuels que l'on en trouve le plus grand nombre. Le peuple qui n'avait autrefois que du mépris pour l'homophilie, s'y adonne maintenant volontiers. Il est juste toutefois de dire que, très souvent, ce vice est simulé par des jeunes pour voler et même tuer l'imprudent qui les a attirés.

J. MARQUISET.

THÉRAPEUTIQUE

Discussions sur les effets toxiques des drogues employées couramment en neurologie et en psychiatrie. (*Proceedings of the royal Society of Medicine*, vol. 50, août 1957, p. 611).

Hugh GARLAND. — Drogues employées dans le traitement de l'épilepsie. Il y a 2,5 épileptiques pour une population de 1.000 individus, soit 250.000 en

Grande-Bretagne ; la moitié seulement, soit 125.000, sont traités. Les principaux problèmes concernent les hydantoïnes, les bromures, la primidone et les diones.

Hydantoïnes. — Les symptômes toxiques des hydantoïnes consistent dès le début du traitement en une irritation gastrique avec anorexie, nausées et vomissements, en éruptions cutanées chez certains sujets. La plus importante complication est une dysfonction cérébelleuse se traduisant par de la dysarthrie, du nystagmus et de l'ataxie avec parfois des manifestations psychiques telles que somnolence et confusion. Le gonflement des gencives est une complication tardive et due probablement à une déficience d'acide ascorbique. L'effet toxique le plus important consiste en une anémie mégalo-blastique ; il a été observé chez des sujets traités depuis 9 mois à 13 ans.

Bromures. — Les bromures sont bien moins utilisés actuellement, de sorte que les cas de bromisme sont rares. Les symptômes mentaux apparaissent dès que le taux de bromure atteint dans le sang 160 à 200 mg. Les principaux symptômes consistent en mal de tête, dépression, ralentissement des processus intellectuels, et plus rarement en excitation maniaque, hallucinose, dysarthrie et ataxie. Pour l'auteur, les bromures sont de tous les anticonvulsifs les moins efficaces.

La primidone (mysoline). — Les effets toxiques, contrairement à ceux des autres anticonvulsivants, surviennent dès les premiers jours de traitement et même souvent après la première dose. L'anorexie, les nausées et les vomissements sont les plus communs, surtout si le produit est pris à jeun. La somnolence s'observe chez un cinquième malade. On a rapporté des cas de confusion mentale. Il y a des sujets qui ne peuvent supporter la primidone, même à des doses homéopathiques.

Les diones. — La vision d'étincelles affecte environ 2 % des sujets traités avec la troxidone (tridione). Une autre complication est le développement de papules acnéiformes sur le front et la face, et plus rarement une éruption morbilliforme.

La plus importante complication est l'action du produit sur la moelle osseuse. Deux formes de dyscrasies sanguines peuvent s'observer. La première, qui est commune, consiste en une diminution des neutrophiles, quelquefois associée à une augmentation des éosinophiles et des lymphocytes. Cette complication n'est pas dangereuse et disparaît avec la suppression du médicament. La seconde, qui est rare, est le développement rapide d'une anémie plastique avec diminution des globules rouges, des leucocytes polymorphonucléaires et des plaquettes. La plupart des malades meurent d'hémorragies multiples ou d'infections secondaires. Les thérapeutiques les plus énergiques sont sans résultat.

Quelques auteurs ont prétendu que la suppression du petit mal par les diones pouvait provoquer des grandes crises. Cette action ne semble pas être la règle.

En conclusion, ce sont les barbituriques qui de tous les anticonvulsifs sont les moins toxiques et sont les plus efficaces. Quand ceux-ci ne donnent aucun résultat, on peut utiliser les hydantoïnes et la mysoline, soit seuls ou en combinaison, mais ils peuvent provoquer des réactions toxiques. Les diones sont peut-être les plus actifs dans le traitement du petit mal, mais les complications toxiques sont sérieuses et quelquefois fatales.

David STAFFORT-CLARK : 1° *Les bromures*. — En pratique psychiatrique, les bromures peuvent déterminer des états d'agitation et des modifications du rythme du sommeil. Ils doivent être proscrits chez les sujets âgés. Souvent, leur action est plus nuisible qu'utile.

2° *Les barbituriques*. — Dans les services de malades mentaux, on abuse des barbituriques. On doit les prescrire surtout chez les anxieux et ne les employer qu'à des doses journalières très faibles. Il faut éviter leur emploi chez les déprimés, car ils favorisent les tendances au suicide. Leurs principaux inconvénients sont les suivants : ils favorisent la toxicomanie barbiturique ; ils potentialisent les effets de l'alcool ; ils déterminent des troubles, à la fois du métabolisme du glucose, du métabolisme de la vitamine B.

3° *Les dérivés amphétaminiques* (benzédrine, dexédrine). — Ils peuvent causer l'anorexie, une tendance à l'hypotension et entraîner une toxicomanie. Des fortes doses de dexédrine combinées à des excès alcooliques peuvent déterminer un état confusionnel aigu avec désorientation.

4° *Les tranquillisateurs*. — Ils deviennent de plus en plus nombreux, et l'auteur les divise en quatre groupes :

1^{er} groupe : largactil (chlorpromazine), notensil, sparine. — Leurs effets toxiques les mieux connus sont : la somnolence, la tachycardie, l'hypotension, la jaunisse, le parkinsonisme. Les complications les moins connues sont une hypersensibilité aux rayons ultra-violets (photo-sensibilisation), qui peut entraîner des accidents cutanés, une diminution des vitamines B et C dans le sérum.

2° groupe : *Rauwolfia* (réserpine et *Rauwolfia serpentina*). — Leur action toxique se traduit par la jaunisse et le parkinsonisme. Leur plus grand inconvénient est de provoquer les tendances au suicide chez les déprimés.

3° groupe : équanil (méprobromate). — Il n'a aucun effet toxique, mais il peut causer des dyscrasies sanguines.

4° groupe : frenquel et mératran, deux dérivés du benzhydrol. — Le mératran a les mêmes effets que les amphétamines mais il peut augmenter l'anxiété. Le frenquel est le premier produit commercial capable de suspendre les effets hallucinatoires de substances considérées comme hallucinogènes.

5° *Les hallucinogènes*. — Ils comprennent des substances telles que mescaline, diéthylamide-acide lysergique (L.S.D.), *Cannabis indica*, adrénochrome. Elles ont été employées comme recherche en provoquant des psychoses temporaires, la *Cannabis indica* comme traitement de la dépersonnalisation et L.S.D. dans certaines conditions mentales chroniques. Toutes ces drogues auraient comme action commune d'affecter les transmissions synaptiques du cortex cérébral.

M. WEATHERALL. — Parmi les complications toxiques de certains barbituriques et tranquillisateurs, il en est une peu connue, c'est la porphyrie. Comme autre complication, il s'agit d'éruptions cutanées provoquées par la chlorpromazine, la réserpine, le méprobamate, et qui apparaissent dès le début du traitement. L'auteur insiste sur les cas de suicide par les barbituriques (500, en 1954). Chez quelques sujets, on note que l'alcool a été un agent associé ; il peut agir comme potentialisateur ou en ajoutant son action à celle des barbituriques. Hypothèses sur l'action synaptique des barbituriques

et des tranquillisants, mais les effets toxiques de la chlorpromazine intéressent d'autres organes que le système nerveux puisqu'elle peut causer des ictères et l'agranulocytose.

Quels sont les dangers que crée l'usage prolongé des tranquillisateurs ? La question reste encore sans réponse. On a prétendu que ces drogues pouvaient entraîner des troubles du comportement et que des accidents de la circulation routière pouvaient leur être attribués. Il est certain qu'ils sont moins nuisibles que l'alcool. Les risques de la toxicomanie dépendent de la drogue et du malade ; ils sont assez importants pour qu'on mette un frein à leur consommation.

L. MARCHAND.

Emploi du miltown (mépromamate) chez les psychotiques, par V. M. PENNINGTON. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 3, septembre 1957, p. 257).

Trois cents malades ont été traités. Les doses de miltown ont varié de deux comprimés à huit comprimés de 400 mg. par jour. Résultats : complète rémission chez 3 % des sujets, amélioration nette chez 35 %, légère amélioration chez 46 % ; action nulle chez 16 %. La moitié des malades ont manifesté un sommeil plus régulier et une relaxation. Ce sont les schizophrènes paranoïdes qui ont tiré le meilleur bénéfice du médicament. Les malades bruyants, agressifs, hallucinés, sont très souvent améliorés quoique sans modification de leurs tendances psychologiques. Les tests psychologiques, le Rorschach, le Bender-Gestalt décèlent un meilleur rapport avec le milieu. Huit malades furent reconnus normaux. Trente-trois malades ont pu quitter l'hôpital et vingt-sept le seront dès qu'un arrangement avec leurs familles sera fait. Les malades hypoactifs ont été plus réfractaires au traitement que les hyperactifs. Aucune complication, sauf l'hypotension avec les fortes doses, n'est à signaler.

L. MARCHAND.

Étude sur le sort des malades traités par la thiorazine pendant deux ans, par P. FELDMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 3, septembre 1957, p. 237).

96 malades atteints de psychoses chroniques traités au moins pendant deux ans avec la thiorazine ont été mis en liberté ; sur ce nombre, seulement onze sont revenus à l'hôpital. L'amélioration due au traitement s'est maintenue au moins pendant deux ans. Une administration prolongée de la thiorazine n'entraîne pas une augmentation de la tolérance ; 85 % des malades reçoivent des doses identiques ou même plus petites de thiorazine que celles qu'ils recevaient il y a un an. Certains malades, qui ne sont pas améliorés par la thiorazine, le sont avec d'autres sédatifs ou avec la combinaison avec d'autres tranquillisants. Comme toute thérapeutique ataractique, le traitement doit être contrôlé médicalement en raison des accidents toxiques. Un examen du sang doit être pratiqué tous les mois ; des tests concernant les fonctions hépatiques doivent être utilisés. Des complications peuvent persister après la suppression du médicament ; la somnolence et le syndrome parkinsonien sont les plus fréquents.

L. MARCHAND.

Intoxication par parathion, par Luis CRUZ MÉRINO. (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, t. 20, n° 2, juin 1957, p. 142-158).

L'intoxication par le parathion dérive de l'effet anticholinestérasique du produit, avec action prolongée de l'acétylcholine et excitation parasympathique brutale. Le parathion peut agir par effet cumulatif, mais plus souvent il le fait par action immédiate. Les symptômes graves apparaissent alors dans les trois heures qui suivent la pénétration dans l'organisme. Pour le traitement, il faut utiliser des doses massives d'atropine (2 à 3 mg. toutes les cinq, dix, quinze ou vingt minutes). La dose totale moyenne varie de 5 à 20 mg. Différents conseils prophylactiques sont donnés. Cinq observations typiques sont rapportées parmi les 90 étudiées par l'auteur. importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Incidents et inconvénients d'intolérance cutanée dérivant de l'usage de la chlorpromazine en thérapeutique psychiatrique, par Fulvio MARTINI (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 537-546).

Après avoir rappelé la fréquence et l'importance des manifestations cutanées par intolérance à la chlorpromazine, l'auteur montre qu'il s'agit, soit de phénomènes de photo-sensibilisation chez les malades traités, soit de dermites allergiques de contact chez le personnel infirmier. Il s'agit d'inconvénients parfois sérieux, soit au point de vue technique, soit au point de vue social. Il faut souhaiter que soit reconnu, aux dermites allergiques des infirmiers, le caractère de maladie professionnelle. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Données électro-encéphalographiques au cours de la narcose par succinate de 21-hydroxypregnandione (viadril), par Franco ANGELERI, Silvano PARIGI et Enzo BORRI (d'Arezzo). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 3, fasc. 3, juillet-septembre 1957, p. 491-510).

On sait que, récemment, a été démontré qu'un stéroïde hydro-soluble, le 21-hydroxypregnandione, dérivé de la désoxycorticostérone, est doté d'un net pouvoir hypnotique et anesthésique. La notable différence de structure chimique entre cette substance et les narcotiques employés communément en pratique anesthésiologique, a conduit les auteurs à étudier les modifications électro-encéphalographiques obtenues par administration intraveineuse. Après avoir exposé les résultats obtenus par l'examen des tracés électro-encéphalographiques de 27 sujets soumis à ce traitement, les auteurs concluent que beaucoup de tableaux électro-cliniques de la narcose au viadril sont superposables à ceux correspondant aux barbituriques à action rapide. Cependant, le viadril se montre d'action plus lente et présente une phase électrographique d'ondes rapides beaucoup plus courte. Ce dernier fait laisse supposer que l'action initiale excitante du 21-hydroxypregnandione au niveau de la formation réticulaire du tronc cérébral est assez faible et fugace, remplacée aussitôt par un effet opposé dépressif. Tableaux. Six figures. Bibliographie importante.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de mars 1958 aura lieu le lundi 24 mars 1958, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI^e arrondissement).

La séance ordinaire du mois d'avril aura lieu le lundi 28 avril 1958, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI^e arrondissement).

NOTE IMPORTANTE

La séance ordinaire de la Société médico-psychologique du 28 avril 1958 sera entièrement consacrée à une discussion sur la « schizophrénie ».

Il ne sera présenté, ce jour-là, aucune communication particulière pouvant même avoir un certain rapport avec le sujet de discussion.

Les personnes qui désirent participer à cette discussion doivent indiquer leur nom au secrétaire général avant le 10 avril 1958, afin d'être régulièrement inscrites sur le programme imprimé de cette séance.

Chaque texte à remettre au secrétariat en fin de séance ne devra pas dépasser sept pages dactylographiées. Il paraîtra dans le numéro de mai des *Annales médico-psychologiques*.

Chaque orateur pourra occuper la tribune pendant environ dix minutes.

*
**

La séance clinique de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le 12 mai 1958, à 10 heures précises, à l'amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, 14^e (prière d'adresser dès que possible les titres des communications prévues pour ce jour).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r RUDRAUF est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, en remplacement de M. le D^r GANRY, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 9 février 1958, p. 1503).

M. le D^r BIÉDER, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot), est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), en remplacement de M. le D^r VANECCLOO, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 14 février 1958, p. 1647).

Mlle le D^r SAUCET est chargée, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pau (poste créé) à compter du 1^{er} janvier 1958.

(J.O. du 25 février 1958, p. 2022).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Egrève (Isère), poste créé.

(J.O. du 8 février 1958, p. 1464).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône).

(J.O. du 23 février 1958, p. 1981).

Les candidatures doivent être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication des présents avis, au ministère de la santé publique et de la population (direction de l'administration générale, du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e.

Vacances de postes d'interne en médecine

Plusieurs postes d'interne en médecine sont actuellement vacants à l'hôpital psychiatrique de Rouffach. S'adresser au directeur.

Hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne) : remplacement d'interne en médecine pour trois ou quatre mois à partir du 1^{er} avril 1958. S'adresser, en indiquant *curriculum vitæ*, à Mme le D^r E. MONNEROT, hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne).

Chirurgien chef de service au centre psychiatrique Sainte-Anne

Un concours sera ouvert le 20 mai 1958 en vue de la nomination d'un chirurgien chef de service au centre psychiatrique Sainte-Anne. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 26 avril 1958 inclusivement, à la direction des affaires sociales, sous-direction des établissements hospitaliers et charitables, 9, place de l'Hôtel-de-Ville. Pour tous renseignements, s'adresser à l'adresse ci-dessus.

Inauguration du pavillon Françoise Minkowska à l'hôpital psychiatrique de Poitiers.

Le samedi 22 février 1958 a eu lieu à Poitiers l'inauguration officielle du nouvel hôpital psychiatrique de cette ville, et plus spécialement l'émouvante cérémonie au cours de laquelle le nom de la regrettée Françoise MINKOWSKA a été donné à l'important pavillon du service ouvert des femmes de cette formation sanitaire, remarquablement adaptée aux conceptions psychiatriques les plus modernes.

Des allocutions ont été prononcées par le D^r AUJALEU, directeur général au ministère de la santé publique ; par M. MASTEAU, sénateur-maire de Poitiers ; par le D^r FOUKS, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique ; par le D^r E. MINKOWSKI.

La Société médico-psychologique était représentée par son secrétaire général Paul ABÉLY.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1958 (1^{er} trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 92.123. — 1958

Printed in France